

ÉTUDE
DE
L'INVOLUTION UTÉRINE

DANS LES PREMIERS JOURS DES COUCHES NORMALES

APPLICATION DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LES

RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA FIÈVRE ET L'ARRÊT D'INVOLUTION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le mardi 8 août 1882, à trois heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON GANZINOTTY

de Schlestadt (Bas-Rhin)

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

(PRIX DE L'INTERNAT, DIT PRIX BÉNIT. — CONCOURS DE 1879-1880.)

NANCY

IMPRIMERIE PAUL SORDOILLET

Rue Saint-Dizier, 51

1882

É T U D E
DE
L'INVOLUTION UTÉRINE
DANS LES PREMIERS JOURS DES COUCHES NORMALES
—
APPLICATION DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE
—
RECHERCHES CLINIQUES
SUR LES
RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA FIÈVRE ET L'ARRÊT D'INVOLUTION

T H È S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le mardi 8 août 1882, à trois heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON GANZINOTTY

de Schlestadt (Bas-Rhin)

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

(PRIX DE L'INTERNAT, DIT PRIX BÉNIT. — CONCOURS DE 1879-1880.)

NANCY

IMPRIMERIE PAUL SORDOILLET

Rue Saint-Dizier, 51

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES, *.

Doyen honoraire : M. STOLTZ, C *.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT, C *. CAILLOT, *. STOLTZ, C *.

SIMONIN, *. BACH, *.

Médecine légale.....	M. TOURDES, *, professeur.
Clinique externe.....	M. MICHEL, *, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique....	M. COZE, *, professeur.
Histologie.....	M. MOREL, *, professeur.
Clinique interne.....	M. V. PARISOT, *, professeur.
Clinique obstétricale et accouchements.	M. HERRGOTT, *, professeur.
	M. ROUSSEL, *, professeur adjoint.
	M. E. PARISOT, idem.
Pathologie génér. et Pathologie interne.	M. HECHT, professeur.
	M. DEMANGE, *, professeur adjoint.
Physiologie.....	M. BEAUNIS, *, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ, *, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. RITTER, professeur.
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ, *, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.
	M. BÉCHET, professeur adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale	M. N..., professeur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHLAGDENHAUFFEN.
SPILLMANN.
E. DEMANGE.

MM. A. HERRGOTT.
GARNIER.
WEISS.

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. HERRGOTT, *président* ; MM. BERNHEIM, ROUSSEL et SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

TÉMOIGNAGE DE PIÉTÉ FILIALE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE BIEN-AIMÉ

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

MONSIEUR J. GROLLEMUND

A MES COUSINS

LES DOCTEURS V. RITZINGER et H. HALBEDEL

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F.-J. HERRGOTT

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE

INTRODUCTION.

En 1879, étant externe à la Maternité, nous avons eu l'idée d'appliquer la *méthode graphique* à l'étude de l'*involution utérine* et nous avons pris, à cet effet, des mensurations dont les résultats quotidiens furent inscrits sous forme de tracés parallèles aux courbes du pouls et de la température.

Encouragé dans cette voie par notre maître et chef de service, nous l'avons prié de vouloir bien faire poursuivre nos premières recherches, nous engageant à publier un travail complet sur cette question, quand les matériaux seraient recueillis en nombre suffisant.

M. le professeur Herrgott nous a promis de faire prendre régulièrement les tracés des hauteurs utérines chez toutes les accouchées de la Maternité.

Ce maître vénéré a tenu sa parole ; nous avons tenu la nôtre, et voilà comment, devenu chef de clinique médicale en 1881, nous avons élaboré, en 1882, un long travail sur un sujet qui n'a que des rapports éloignés avec la clinique médicale proprement dite.

Notre reconnaissance est depuis longtemps acquise à M. le professeur Herrgott ; la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études n'a fait que rendre plus vif un sentiment profondément gravé dans notre cœur.

Puisse ce travail sorti tout entier de la clinique obstétricale, faire honneur à l'esprit scientifique du maître qui la dirige !

Nous manquerions au premier des devoirs, si nous taisions la grande part qu'a eue à cette étude notre ami et collaborateur M. le docteur Hypolitte, chef de clinique obstétricale, qui a continué nos recherches et nos mensurations. Ceux seuls qui se sont rendu compte de la difficulté de la tâche et de la patience qu'elle exige, comprendront quel service nous a été rendu par celui qui, pendant trois années, a réuni, sans se décourager, les matériaux d'un travail qui ne devait pas lui être directement profitable.

Merci aussi à vous, chers amis qui, par votre gracieux concours, nous avez permis de mener à bonne fin la rédaction de cette monographie que les circonstances nous pressaient d'achever rapidement.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

PROCÉDÉS DE MENSURATION DE L'UTÉRUS EN INVOLUTION

SOMMAIRE. — Critique des procédés mis en usage pour prendre les hauteurs utérines. — Application de la méthode graphique. — Tracés.

Pour étudier, d'une façon complète, la diminution de volume de l'utérus après l'accouchement, on se heurte à une difficulté insurmontable; il est impossible d'évaluer rigoureusement le volume de cet ovoïde, à un moment quelconque des suites des couches; mais on peut arriver à une approximation, en mesurant un ou plusieurs de ses diamètres. C'est ainsi que des auteurs, tels que *Schneider* et *Pfannkuch*, ont relevé à la fois la dimension transversale et la hauteur verticale de l'organe; de ces recherches, il résulte qu'en général le retrait transversal est corrélatif du retrait vertical. Il nous semble donc, qu'en pratique, la mensuration en hauteur peut suffire, et qu'on peut juger du volume de l'utérus par l'une de ses dimensions.

Ceci étant posé, disons tout de suite que, dans nos recherches, nous avons procédé avec simplicité: nous nous sommes servi de deux points de repère, l'un fixe, le bord supérieur de la symphyse pubienne, l'autre

variable, le milieu du fond de l'utérus, nous avons ainsi évalué la hauteur sus-pubienne.

C'est l'*ancienne méthode*, méthode imparfaite, sans doute, puisqu'on fait abstraction de la partie de l'utérus située au-dessous du plan qui passe par le bord supérieur de la symphyse pubienne, mais dont l'application facile nous a paru réaliser un avantage que les méthodes plus exactes n'offrent pas.

C'est *Depaul* qui, le premier, prit la mensuration de la hauteur totale de l'utérus : il construisit un compas spécial, sorte de compas d'épaisseur modifié, dont l'une des branches était appliquée sur le col et l'autre sur la partie moyenne du fond de l'utérus ; un de ses élèves, *Autefage*, a publié les résultats obtenus par cette méthode dite nouvelle. *Bouchacourt* a fait également prendre par ses élèves des mensurations avec le compas d'épaisseur : il donne les résultats de ces recherches dans son article : Couches, du Dictionnaire de Dechambre.

Evidemment, voilà un procédé auquel ne peut pas s'adresser le reproche formulé plus haut ; on a la vraie hauteur utérine ; mais ce moyen, excellent pour des recherches qui ne durent qu'un temps, est-il applicable à la pratique journalière d'une clinique d'accouchement ? Autrement dit, ce que l'on peut faire pendant quelque temps sur une série d'accouchées, peut-il être fait dans une maternité, dans toutes les circonstances des couches normales et pathologiques, en temps ordinaire comme en temps d'influence puerpérale ? Ne doit-on pas surtout, alors que se développent,

chez certaines accouchées, des accidents puerpéraux, craindre l'introduction, dans les parties génitales des femmes saines, des microbes de la septicémie; sans parler des difficultés de la mensuration elle-même, des ménagements que l'on doit à certaines accouchées, des émotions à éviter. Nous résumons notre pensée, en disant que c'est un excellent moyen de mensuration, mais point pratique du tout.

Milsom est plus sévère que nous : il juge que le palper abdominal doit être rejeté pour la mensuration exacte de l'utérus; l'épaisseur des parois abdominales, la dépressibilité du fond utérin, par la branche de l'instrument, peuvent induire en erreur sur la hauteur véritable, même avec le procédé de Depaul, et, pour *Milsom*, rien ne vaut la mensuration intra-utérine.

Certes, il n'a pas inventé cette dernière méthode, *Sinclair* et *Charpentier* l'ont employée avant lui; mais il l'a perfectionnée, et l'a appliquée à l'étude du retrait physiologique de l'utérus.

Nous n'avons pas décrit le procédé employé par Depaul et Autefage, nous ne décrirons pas davantage celui de *Milsom*. Nous savons gré à cet auteur des soins minutieux antiseptiques qu'il a apportés, dans ses recherches, pour éviter aux accouchées, les inconvénients du procédé mis en pratique. Mais nous ferons ici la même remarque que plus haut: peut-on journellement faire le cathétérisme utérin? Non. *Milsom* lui-même, avec son hystéromètre, ne mesurait la cavité utérine que le 4^e ou le 5^e jour, puis le 11^e jour; il n'a pas osé l'appliquer aux couches pathologiques.

Il faut donc craindre l'influence puerpérale. Mais il y a plus. Si quelqu'un avait le moindre doute sur les dangers de l'introduction d'un hystéromètre même perfectionné dans la cavité utérine, dans les premiers jours des couches, qu'il se donne la peine de lire le travail de *Dupuy*. Cet auteur a réuni 17 cas de *perforation de l'utérus pathologique ou puerpéral par l'hystéromètre*. Que penser, par conséquent, du cathétérisme pratiqué dans les premiers jours des couches, alors que le tissu utérin ramolli a l'aspect et la consistance du tissu caverneux. Aussi la plupart des auteurs proscrivent absolument, à cette époque, ce procédé d'investigation de l'utérus.

Nous rejetons donc les méthodes compliquées ou dangereuses de mensuration utérine pour revenir à la simple mensuration sus-pubienne, seul moyen possible d'application journalière.

Il va sans dire que ces mensurations doivent être faites en centimètres : un simple double décimètre en bois suffit.

Voici le *manuel opératoire* qui est d'une exécution rapide : il s'agit de mesurer la distance qui sépare la partie moyenne de l'utérus du bord supérieur de la symphyse pubienne ; ces deux points de repère sont déterminés par la palpation ; l'extrémité inférieure du double décimètre étant appuyée contre le point de repère fixe, on projette sur lui le niveau du fond de l'utérus ; on fait la lecture de la hauteur ainsi déterminée. Une telle mensuration n'est pas exempte d'erreurs légères ; mais avec la dextérité que donne la pra-

tique journalière de ce petit manuel opératoire, il est certain qu'on peut arriver à ne pas commettre des erreurs de plus d'un demi-centimètre.

Wieland (1858), *Béhier* (1861), *Schneider* (1868), *Pfannkuch* (1872), *Serdukoff* (1875) ont employé la mensuration du segment utérin qui dépasse le pubis. *Milsom* a pris, à la fois, la hauteur intra-utérine et la hauteur sus-pubienne.

À la Clinique d'accouchement de Nancy, les résultats devaient se faire attendre en raison du petit nombre d'accouchements (150 par an) ; les premières mensurations ont été relevées par nous pendant notre externat en 1879 ; depuis, elles ont été prises par M. le docteur *Hypolitte*, chef de clinique obstétricale, avec la plus scrupuleuse exactitude, sous la direction de M. le professeur *Herrgott*. Nous avons reproduit le résultat de ces mensurations sous forme de tracés parallèles aux tracés du pouls et de la température, de sorte qu'il est facile de connaître, à la seule inspection du tableau, l'état local aussi bien que l'état général de l'accouchée. Le zéro de la graduation correspond au bord supérieur de la symphyse ; les divisions sont exprimées en centimètres.

Nous avons cru pendant longtemps que nous avions été le premier à appliquer la méthode des tracés à l'étude de l'involution utérine ; mais, dans le cours de nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé qu'en 1874 le docteur *Jacquet* de Lyon avait déjà relevé des tracés semblables, au nombre de 26.

Nous considérons cette méthode graphique comme

très avantageuse et comme devant être féconde en résultats. L'habitude d'inscrire chaque jour au tableau la hauteur utérine empêche de laisser passer inaperçu rien d'important. Sans parler des variations que nous avons trouvées dans l'involution normale, nous avons, par ce moyen, été rendu attentif à un fait très remarquable qui aura place et développement suffisant dans la seconde partie de notre travail; nous voulons parler des rapports qui existent entre la fièvre et le retrait utérin.

PLAN DU SUJET.

Nous nous proposons d'étudier dans une première partie tout ce qui a trait à l'involution normale ; nous examinerons ses variétés et les modifications qu'elle subit sous l'influence des conditions physiologiques. Comme celles-ci sont multiples, et que nos tracés portent des hauteurs en centimètres, il nous serait impossible de voir par eux l'action de ces conditions physiologiques ; il nous faut user d'artifice, et, réunissant tous nos résultats non plus sous forme de tracés, mais en chiffres, nous tirerons des moyennes de l'ensemble des observations semblables. Nous verrons ainsi l'influence de la primiparité, de la pluriparité, de la lactation, de la durée de la grossesse et de la durée du travail, de l'état des lochies, de l'administration du seigle ergoté et des tranchées utérines.

Dans la seconde partie nous essaierons d'établir les rapports qui existent entre la fièvre et l'involution utérine ; dans ce travail, nous mettrons sous les yeux du lecteur les tracés qui ont été recueillis à la clinique de la Maternité.

Dans le principe, nous voulions étudier complètement l'involution dans les couches normales et pathologiques ; mais nous avons dû renoncer à étendre notre sujet, parce que nous n'avons pas encore, jusqu'à ce jour, assez de tracés pour nous permettre d'établir des types correspondant à chaque complication puerpérale.

Les recherches devant se poursuivre à la Maternité, sous les auspices de M. le professeur Herrgott, des observations plus nombreuses pourront, par la suite, servir de base à un nouveau travail, fait d'après le même plan que le nôtre, sur la marche de l'involution utérine dans les diverses complications puerpérales.

CAUSES D'ERREUR

DANS LA

MENSURATION SUS-PUBIENNE.

Avant d'entrer dans le fond de notre sujet, nous croyons devoir montrer quelles sont les causes qui peuvent entacher d'erreur les mensurations utérines ; cette étude mettra en relief les règles que le clinicien ne doit pas perdre de vue, s'il veut que ses tracés aient une valeur relative aussi grande que les tracés correspondants du pouls et de la température.

Nous divisons les causes d'erreur en 5 principales :

- 1^o Influence des réservoirs.
- 2^o Influence des déplacements utérins.
- 3^o Influence de la forme de l'utérus.
- 4^o Influence de l'inflammation des annexes.
- 5^o Influence de l'épaisseur de la paroi abdominale, de la douleur et du météorisme.

§ I. — *Influence des réservoirs.*

1^o VESSIE. — Depuis longtemps on connaît l'influence de la réplétion de la vessie sur la situation de l'utérus, aussi bien à l'état normal que dans les premiers jours des couches ; la fréquence de la rétention d'urine après l'accouchement a rendu banale l'observation de ce fait. Pour peindre, en quelques mots, cette influence, nous rappellerons que souvent à la visite de la femme en couches, dans les premiers jours, on trouve le fond de l'utérus élevé à 15 ou 18 centimètres au-dessus du pubis ; l'accouchée cepen-

dant ne présente ni hémorrhagie externe, ni les symptômes de l'hémorrhagie interne ; le bon état de la femme contraste avec cette distension énorme de l'utérus. En palpant minutieusement, on trouve deux tumeurs, l'une à droite correspondant à l'utérus, et l'autre à gauche, c'est la vessie pleine. On pratique le cathétérisme, la vessie se vide, et le fond utérin s'abaisse à 9 ou 12 centimètres au-dessus du pubis ; l'augmentation de volume de l'utérus n'était donc qu'apparente. Nous accordons qu'aucun clinicien ne se laissera prendre à une cause d'erreur aussi grossière, et nous ne voudrions pas insister davantage sur ce point, si une quantité d'urine, même peu considérable, ne pouvait déjà tromper sur la hauteur véritable du fond utérin. Ce fait est d'autant plus important qu'il peut passer inaperçu, l'accouchée ayant uriné depuis une heure ou deux, et la perception du globe vésical trop peu distendu étant impossible. Nous devons au docteur W. Pfannkuch d'avoir mis en lumière cette influence ; dans un travail entrepris à la clinique obstétricale de Marbourg ; il mesurait les hauteurs utérines apparentes et réelles, avant et après le cathétérisme ; la différence correspondait à l'élévation de l'utérus pour la quantité d'urine contenue dans la vessie. Les observations étaient répétées deux fois par jour pendant les sept premiers jours des couches chez 25 accouchées ; cela fait un relevé de 350 observations, dont il a pensé qu'il lui était légitimement permis de conclure, *qu'en moyenne 100 cent. cubes d'urine élevaient le fond de l'utérus de 0^c,953* ; que

dans les autres cas 100 cent cubes d'urine élevaient le fond utérin d'une hauteur qui variait entre 0^e,738 et 1^e,271. L'auteur de ces recherches prouve également que cette élévation croît avec le contenu de la vessie ; ceci se conçoit à priori. Mais, comme la vessie présente une forme qui la rapproche plus ou moins de la sphère, et qu'une loi bien connue nous enseigne que les volumes de deux sphères sont proportionnels aux cubes de leurs rayons, il en résulte que l'élévation du fond utérin suit une progression géométrique dont les termes sont $\sqrt[3]{2}$, $\sqrt[3]{3}$, $\sqrt[3]{4}$, etc., à mesure que le volume de la vessie est double, triple, quadruple.

Supposons, pour nous mieux faire comprendre, qu'il faille 600 centimètres cubes d'urine pour élever le fond utérin de 5 centimètres et qu'il n'en faille que 100 cent. cubes pour l'élever de 1 centimètre, ainsi que cela ressort des chiffres donnés par Pfannkuch. L'élévation pour 100 centimètres cubes pris comme unité de volume est dans le premier cas de 0^e,826, et dans le second de 1 centimètre. *Ceci montre que pour l'unité de volume d'urine contenue dans la vessie, le déplacement en hauteur est d'autant plus accentué que ce volume est plus petit. La cause d'erreur peut être très grande déjà, alors qu'on ne peut la constater par le palper abdominal.*

Il est donc facile de tirer les conclusions suivantes :

« Il est absolument indispensable, pour que le tracé de
» l'involution utérine ne soit pas sujet à caution, que la
» femme urine quelques instants avant la mensuration ;
» ou, si elle n'éprouve pas le besoin d'uriner, qu'on vide
» sa vessie par le cathétérisme. »

C'est ainsi qu'ont agi ceux qui se sont occupés de cette question ; c'est ainsi que procédait tout récemment Milsom de Lyon ; c'est ainsi que l'on procède également à notre clinique de la Maternité. Sans cette précaution, le tracé devient irrégulier, et la courbe de l'involution normale présente une série d'oscillations qu'on est tenté d'attribuer à l'un ou à l'autre des phénomènes physiologiques qui accompagnent les couches normales et qui ne doivent être considérées que comme des effets de la cause d'erreur que nous venons de signaler. Nous avons été bien souvent, au début de nos recherches, témoin de ces irrégularités, qui ont disparu de nos tracés des couches normales, quand nous avons éliminé la cause d'erreur.

Avant de pousser plus loin cette étude, répondons d'abord à une *objection* qui se présente naturellement.

« Quand la vessie est distendue, elle change la situation de l'utérus qu'elle élève et refoule au côté droit ; elle empêche ainsi le reflux sanguin veineux, en exerçant une pression qui atteint la circulation de retour ; la stase veineuse détermine la turgescence de l'organe, parfois même l'hémorrhagie et la distention de l'utérus par du sang qui se coagule en partie, et en partie s'épanche au dehors. Quand la vessie est vidée par le cathétérisme, sans parler de l'expulsion du sang contenu dans la cavité utérine, l'utérus se décongestionne et diminue de volume. Ainsi la vessie non seulement déplace la matrice ; mais elle augmente son volume par la congestion passive qu'elle détermine. »

Cette objection, que nous tirons de l'opinion de *Winckel*, nous paraît digne d'être réfutée par des preuves sérieuses.

Pfannkuch, dans son travail, a répondu qu'en créant des rétentions d'urine volontaires, il devait, si l'opinion de *Winckel* était vraie, créer aussi une tendance aux hémorrhagies chez ses malades. Or, il n'a rien observé de semblable, et les accouchées n'ont pas eu la moindre hémorrhagie. Si une pareille tendance s'était manifestée, c'eût été une raison, pour cet auteur, de cesser des recherches devenues un danger pour ses malades.

Nous avons aussi, dans notre statistique, qui porte sur 170 cas, observé des exemples assez nombreux de rétention d'urine plus ou moins complète, plus ou moins passagère, et nous n'avons pas remarqué qu'il y eût tendance à la congestion utérine et aux hémorrhagies, par le fait de la réplétion vésicale.

Du reste, la preuve de la compression de la circulation de retour, par le globe vésical, ne nous paraît nullement faite. Plus la vessie se distend, plus l'utérus s'élève, et plus les deux organes s'éloignent l'un de l'autre, moins la compression est possible sur la circulation d'un organe qui cesse d'être soumis aux pressions intra-pelviennes, dès qu'il s'élève au-dessus du détroit supérieur. Si l'utérus était refoulé comme un cône de haut en bas dans l'excavation, on concevrait une gêne de la circulation de retour, comme cela se produit dans certains cas de prolapsus utérin. Mais, dans le cas particulier, il n'est pas possible

d'admettre une gêne de la circulation veineuse, par élévation de l'utérus au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

Enfin, tout porte à croire que la distension de la vessie ne modifie pas d'une façon appréciable le volume de l'utérus ; d'après les recherches de *Pfannkuch*, *l'utérus ne change pas dans ses dimensions transversales avant et après le cathétérisme ou la miction* ; or, comme les différences de largeur sont proportionnelles aux différences de hauteur, la persistance des dimensions transversales, fait relevé avec soin par cet auteur, prouve la persistance des dimensions verticales. En d'autres termes, l'utérus ne diminue pas de volume après le cathétérisme, il ne diminue donc pas de hauteur vraie ; il ne se contracte pas, il ne se décongestionne pas. Il en est de même de l'état de la fibre musculaire. M. Winckel prétend que le fait de cathétériser, contracte la fibre lisse ; or, *Pfannkuch* a constaté que l'utérus ne durcit par la palpation pas plus après qu'avant le cathétérisme.

2° RECTUM. — Comme les accouchées sont sujettes à la constipation, comme, par suite de l'absence de selles, les matières fécales peuvent, en s'accumulant dans l'extrémité inférieure de l'intestin, constituer une tumeur à l'instar de la vessie distendue par l'urine, il convient d'examiner ce que devient la situation de l'utérus dans le cas de distension du rectum.

Nous pouvons affirmer tout de suite que la *Coprostase*, ou accumulation des matières dans l'ampoule rectale déplace le fond de l'utérus : ceci résulte des

recherches de *Luschka*, et *Dohrn*, de *Crédé*. Quand le fond utérin s'élève par la distension, sur le cadavre, de l'ampoule rectale avec un tampon de foin, ou quand il s'abaisse après une constipation de plusieurs jours, on est en droit de mettre en cause la réplétion du rectum ; mais, de là, à lui accorder une importance aussi grande qu'à la réplétion de la vessie, il y a exagération, et, en pratique, nous croyons que l'on peut négliger cette cause d'erreur. Nous avons, comme les autres observateurs, noté la fréquence de la constipation après l'accouchement, et nous avons vu, malgré cela, le retrait utérin se faire normalement par une courbe descendante régulière : la constipation a duré cependant, dans certains cas, de quatre à cinq jours. Voici comment, d'après nous, il faut expliquer, pour ces cas assez nombreux, l'action nulle de la constipation sur la situation de l'utérus.

Chez nos accouchées, on a pris soin de vider les réservoirs avant l'accouchement ; de la sorte la constipation, après l'accouchement, ne dure que de trois à cinq jours, temps insuffisant pour remplir l'ampoule rectale et la surdistendre. Aussi, nous n'avons pas, dans la plupart de ces cas, de vraie tumeur rectale agissant sur l'utérus de bas en haut et de gauche à droite.

Nous croyons avoir, par cet exposé, donné la mesure de l'action des deux réservoirs, vessie et rectum, sur la hauteur du fond de l'utérus.

§ II. — *Influence des déplacements de l'utérus.*

A. INCLINAISON LATÉRALE DE L'UTÉRUS: — Dans le chapitre précédent, nous avons avec intention effleuré à peine le fait important de la déviation latérale de l'utérus, dans le cas de distension des réservoirs. Cette inclinaison existe à l'état de tendance, avant la conception; mais elle se manifeste quand l'utérus est gravide, ou quand, débarrassé du produit de la conception, il reste, dans les premiers jours des couches, au-dessus du détroit supérieur, c'est-à-dire dans un espace où il peut céder facilement aux influences extérieures. Or, de toutes ces influences, c'est sans contestation, la *pesanteur* qui agit avec le plus de force, et c'est elle que nous incriminons de l'inclinaison à droite, qui, le plus souvent, est une *inclinaison de décubitus*. La vessie, quand elle se remplit ne fait qu'ajouter une pression à l'action de la pesanteur; il en est de même du rectum, quand il se distend par des matières fécales.

Cette action de la pesanteur produit des effets plus ou moins marqués et peut être évaluée par l'angle qui fait le grand axe de l'utérus avec la ligne transversale passant par le bord supérieur du pubis.

Si on mesure la distance verticale du pubis au fond utérin, on a une hauteur inférieure à la hauteur véritable, et cette erreur augmente avec l'inclinaison utérine.

Aussi, dans les cas d'inclinaison latérale de l'utérus,

comme cette inclinaison est sujette à varier d'un jour à l'autre, comme elle peut augmenter et diminuer sous des influences qui ne modifient pas le retrait normal de l'utérus, il faut faire toutes les mensurations de la même façon, en suivant avec le mètre l'axe de l'utérus, selon la ligne d'inclinaison de l'organe. De cette manière, on aura des mensurations exactes, et l'ensemble du tracé de l'involution ne sera entaché d'aucune erreur.

B. MOUVEMENTS DE L'UTÉRUS. — L'utérus physiologique est maintenu dans sa situation normale par des ligaments, et par son poids qui ne varie pas dans de grandes limites en dehors de la puerpéralité.

Pendant la grossesse, le col s'abaisse dans les premiers mois, quand le poids de l'utérus augmente, et quand, d'autre part, l'utérus n'est pas encore fixé au dessus du détroit supérieur. Plus tard le col s'élève, et le doigt qui touche l'atteint difficilement ; c'est que pour son développement l'excavation pelvienne n'est plus suffisante ; l'organe de la gestation en est chassé progressivement par un mouvement d'ascension ; ce mouvement d'élévation du col atteint son maximum quand le ventre tombe, dans la seconde moitié du 9^e mois. Après l'accouchement, les ligaments relâchés ne se resserrent pas d'emblée, et pendant toute la durée du travail de régression, l'utérus est mobile et peut céder aux influences extérieures.

Nous venons de voir l'action de la pesanteur agissant dans le sens du décubitus latéral ; il nous reste à signaler quels sont les mouvements qui dépendent,

soit du propre poids de l'organe agissant dans la direction de l'axe de l'excavation, soit du retrait des organes génitaux externes, peut-être des deux causes agissant simultanément.

Milsom a tiré de ses recherches les conclusions suivantes :

1° Pendant les 3 à 4 premiers jours, le col reste élevé ; cela tient, suivant cet auteur, à l'étendue du diamètre transversal du corps qui l'empêche de descendre dans l'excavation ;

2° Du 4^e au 8^e jour, le col s'abaisse, et cet abaissement peut aller jusqu'à 3 ou 4 centimètres ;

3° Du 9^e au 10^e jour, l'utérus acquerrait sa situation fixe en s'élevant de nouveau de 2 centimètres ; ce fait peut être le résultat, soit de la légèreté plus grande de l'utérus, soit du retrait du vagin.

Il y aurait donc un *double mouvement de descente et d'élévation* de l'utérus, dont il faudrait tenir compte dans l'évaluation de la hauteur sus-pubienne.

Milsom est arrivé à ce résultat en mesurant quotidiennement la distance qui sépare l'extrémité inférieure du col, point de repère variable, au plan pubien, point de repère invariable ; il a pu négliger le retrait propre au col qui est faible.

Nous donnons le résultat de ces recherches sans pouvoir nous prononcer sur leur valeur absolue ; nous n'avons pas constaté, dans nos tracés de hauteur sus-pubienne, ces oscillations qui pourraient mettre en évidence ce mouvement de piston de l'utérus dans l'excavation pelvienne du 4^e au 8^e jour.

Néanmoins, on pourra à l'avenir tenir compte du fait signalé par Milsom.

C. ANTÉVERSION PUERPÉRALE. — L'utérus, non seulement se meut latéralement ou en hauteur, mais il subit encore, même dans les couches physiologiques, un déplacement en avant avec fléxion légère du corps sur le col. C'est l'exagération de la situation de cet organe en dehors de l'état puerpéral. « Dans la plupart des cas, l'utérus se place en antéversion ; le col se dirige un peu en arrière et le corps s'incline en avant sur la paroi antérieure du vagin. La mensuration dès lors ne donne pas la hauteur exacte ; la main qui palpe touche *non pas le fond, mais la paroi postérieure de l'utérus* : aussi faut-il diminuer un peu les chiffres de la hauteur obtenue les derniers jours. » Ce sont les propres termes dont se sert Schneider pour caractériser cette cause d'erreur.

Avant lui, *Crédé* avait montré que la situation normale de l'utérus puerpéral était une antéversion légère avec déviation latérale droite. Depuis tous les auteurs ont souscrit à cette manière de voir.

Signaler ce fait, c'est mettre le clinicien en garde contre l'erreur qui peut en résulter.

D. RÉTROVERSION PUERPÉRALE. — En suivant quotidiennement le tracé du retrait utérin, on pourra voir survenir, du jour au lendemain, une chute de la courbe, dès les premiers jours des couches. Conclure de là à une exagération subite de l'involution, ce serait faire preuve de peu de sagacité clinique ; ce serait émettre une hypothèse fragile que le toucher

combiné au palper abdominal renversera aisément ; ce serait prendre pour une diminution de volume un déplacement en arrière du corps de l'utérus, une rétroversion.

Nous pourrions, à l'appui de cette assertion, citer une observation recueillie à la clinique, qui montre que, grâce au tracé pris régulièrement chaque matin, l'attention a été attirée sur une rétroversion qui ne s'était point révélée par d'autres symptômes.

§ III. — *Influence de la forme de l'utérus.*

La cause d'erreur peut résider dans la forme de l'utérus, sans qu'il y ait modification dans sa situation.

1° L'utérus peut être *allongé* suivant son diamètre vertical et diminué dans le sens de sa largeur ; dans ce cas le fond utérin reste élevé plus longtemps que de coutume, et le retrait paraît ne pas se faire ; il n'en est rien et la courbe montre que l'involution se fait sans perturbation. L'utérus reste plus longtemps perceptible, voilà tout ; en effet, la diminution quotidienne restant la même, toutes choses égales d'ailleurs, la durée du retrait est proportionnelle à la dimension de l'organe. Cette cause d'erreur porte non pas sur le tracé lui-même, mais sur l'idée fausse que l'on pourrait se faire de la rapidité de l'involution ; en semblable circonstance il sera nécessaire de prendre à la fois les hauteurs sus-pubiennes et les dimensions transversales correspondantes.

Il ne faudrait pas confondre avec l'utérus allongé, l'utérus ayant sa forme normale, mais obligé de faire son involution au-dessus de l'excavation plus ou moins rétrécie par une des nombreuses causes d'angustie pelvienne ; dans un cas pareil, le tracé reste stationnaire pendant plusieurs jours, sans qu'il y ait ni arrêt d'involution, ni inertie, ni altération inflammatoire de l'utérus, et la courbe n'opère sa descente que lorsque l'organe est devenu assez étroit pour se glisser aisément dans l'espace rétréci.

2° L'utérus peut être *irrégulier* et l'irrégularité de forme porte le plus souvent sur le fond de la matrice ; la saillie de l'une des cornes est alors plus marquée que celle de l'autre. Ce phénomène peut se produire dans trois circonstances différentes.

A. Ou bien il y a *atomie utérine partielle* (Kivisch, Chiari), souvent au niveau du point d'insertion utéro-placentaire : le fond utérin présente alors une inégalité dans sa consistance ; c'est un défaut de contraction qui a pour conséquence de ne pas amener l'oblitération des vaisseaux, d'où métrorrhagie.

B. Ou bien il y a simplement *irrégularité primitive de la matrice* sans autre complication ; à une palpation superficielle, on peut méconnaître l'irrégularité et en mesurant tantôt l'une des cornes, tantôt l'autre, on établira un tracé qui sera naturellement erroné, et on pourra de la sorte croire à l'existence de troubles de l'involution ; pour avoir une courbe qui rende bien compte du retrait utérin, il faudra, après avoir reconnu la forme irrégulière de la matrice, prendre ses deux

hauteurs maxima et minima : on jugera ainsi de l'involution de chacun des deux segments et on verra que, sauf état pathologique, elle se fait avec régularité. On assistera même, à un moment donné, comme il nous a été donné de l'observer, à la régularisation complète de l'organe.

C. L'utérus peut être *déformé par un néoplasme* développé soit dans sa cavité, soit dans l'épaisseur de ses parois ; les néoplasmes qui se rencontrent le plus ordinairement sont les fibro-myomes. Ces tumeurs peuvent constituer une cause d'erreur, en donnant une forme irrégulière à la matrice ; mais, alors qu'elles sont assez volumineuses, elles peuvent tromper encore en simulant pendant des jours et même des semaines, un arrêt d'involution. Il est vrai de dire qu'elles ne passeront pas inaperçues, à un examen minutieux. Si dans les premiers jours, l'absence de troubles puerpéraux n'était pas un élément suffisant de diagnostic, plus tard, après l'achèvement du travail de régression, une exploration complète aidée du cathétérisme utérin permettrait de résoudre le problème d'une façon précise.

§ IV. — *Influence de l'inflammation des annexes.*

Tout le monde sait que l'utérus peut être entravé dans son involution par les accidents puerpéraux ; c'est ainsi que la métrite enraye le processus régressif et même augmente le volume de la matrice. Semblable chose se produit aussi parfois, quand il y a inflamma-

tion des annexes, c'est-à-dire phlegmon des ligaments larges, ovarite, salpingite, etc.; mais ces mêmes lésions évoluent le plus souvent sans entraver notablement la diminution progressive de l'utérus, et les autopsies ne sont pas rares, qui montrent cet organe parfaitement rétracté au milieu des annexes frappées par la suppuration.

Supposons un cas semblable évoluant chez une accouchée dont on prend régulièrement la hauteur du fond de l'utérus; tandis que ce dernier se rétracte normalement, pendant les premiers jours des couches, il se développe, grâce à une exsudation inflammatoire dans les annexes, une tumeur dont les progrès passent inaperçus, et qui peut être confondue, par la main qui palpe, avec le fond utérin; celui-ci cependant a disparu derrière le pubis; alors, durant des jours et même des semaines, on croira à un défaut d'involution, jusqu'à ce que la tumeur prise pour l'utérus disparaisse soit par résolution, soit par l'ouverture spontanée de la collection dans le vagin ou le rectum, soit encore par l'ouverture artificielle au bistouri, lorsque la suppuration devenant superficielle, aura dissipé l'erreur.

§ V. — *Autres causes d'erreur.*

Il existe d'autres causes d'erreur dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dans la douleur hypogastrique qui, en rendant la palpation pénible pour l'accouchée, lui ôte en même temps de sa précision, et dans le *tympa-*

nisme, qui rend le palper abdominal obscur ; la douleur et le météorisme sont des causes passagères d'erreur ; il est vrai qu'ils peuvent, s'ils sont marqués, empêcher toute palpation et rendre ainsi la perception du fond de l'utérus impossible ; mais l'épaisseur de la paroi abdominale ne doit pas, le plus souvent, tromper sur la hauteur exacte du fond utérin ; en effet, elle ne subit aucune modification dans les jours qui suivent les couches et, la cause d'erreur restant la même pour toutes les mensurations sus-pubiennes, l'erreur cesse d'exister de fait.

Telles sont les sources d'erreur ; nous n'avons pas jugé à propos de tirer de nos observations, des exemples de chacune d'elles, de crainte de nous perdre dans trop de détails et de donner par suite plus d'importance qu'il n'en comportait à un chapitre accessoire de notre sujet.

PREMIÈRE PARTIE.

INVOLUTION NORMALE

En examinant les *170 tracés* que, d'après la lecture des observations, nous rapportons à l'involution normale, nous avons été frappé d'abord de ne point trouver une courbe toujours semblable à elle-même ; cette variété d'allure nous a embarrassé, et nous avons cru un instant, qu'il nous serait impossible de créer des types bien distincts ; nous avons alors songé à prendre simplement la moyenne de toutes ces hauteurs utérines, pour en faire un *tracé idéal* ; mais, en y regardant de plus près, nous avons vu que tous ces tracés pouvaient être rangés dans deux catégories.

Dans une première catégorie, le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du 11^e au 12^e jour des couches ; c'est une *involution rapide*.

Dans une seconde catégorie, le fond utérin cesse d'être perceptible du 14^e au 16^e jour seulement ; c'est une *involution lente*.

Ces deux catégories se composent de cas simples, sans complications, sans fièvre, ou du moins avec une fièvre passagère peu intense, d'une durée de 24 à 48 heures au plus, et dont on peut, par conséquent, négliger l'influence sur le retrait de l'utérus.

Ne pouvant reproduire tous les 170 tracés, nous avons transcrit sur deux tableaux les chiffres des hauteurs utérines moyennes de chaque jour qui correspondent à ces tracés, suivant la distinction que nous avons jugé à propos de faire, comme nous venons de le dire plus haut.

Ces hauteurs moyennées, nous les avons obtenues de la manière suivante :

De grands tableaux ont été construits, où les chiffres des hauteurs quotidiennes ont été superposés et additionnés ; le total des hauteurs de chaque jour a ensuite été divisé par le nombre de cas. Nous avons ainsi obtenu des moyennes qui, en raison de la grande division des erreurs possibles, quand on emploie la mensuration sus-pubienne, se rapprochent assez près de la vérité, c'est-à-dire de la *marche véritable de l'involution utérine*.

Ces hauteurs quotidiennes diffèrent entre elles de chiffres qui ne varient que dans des limites restreintes ; en prenant la *moyenne de ces différences quotidiennes*, nous avons un chiffre qui donne le *retrait quotidien moyen*.

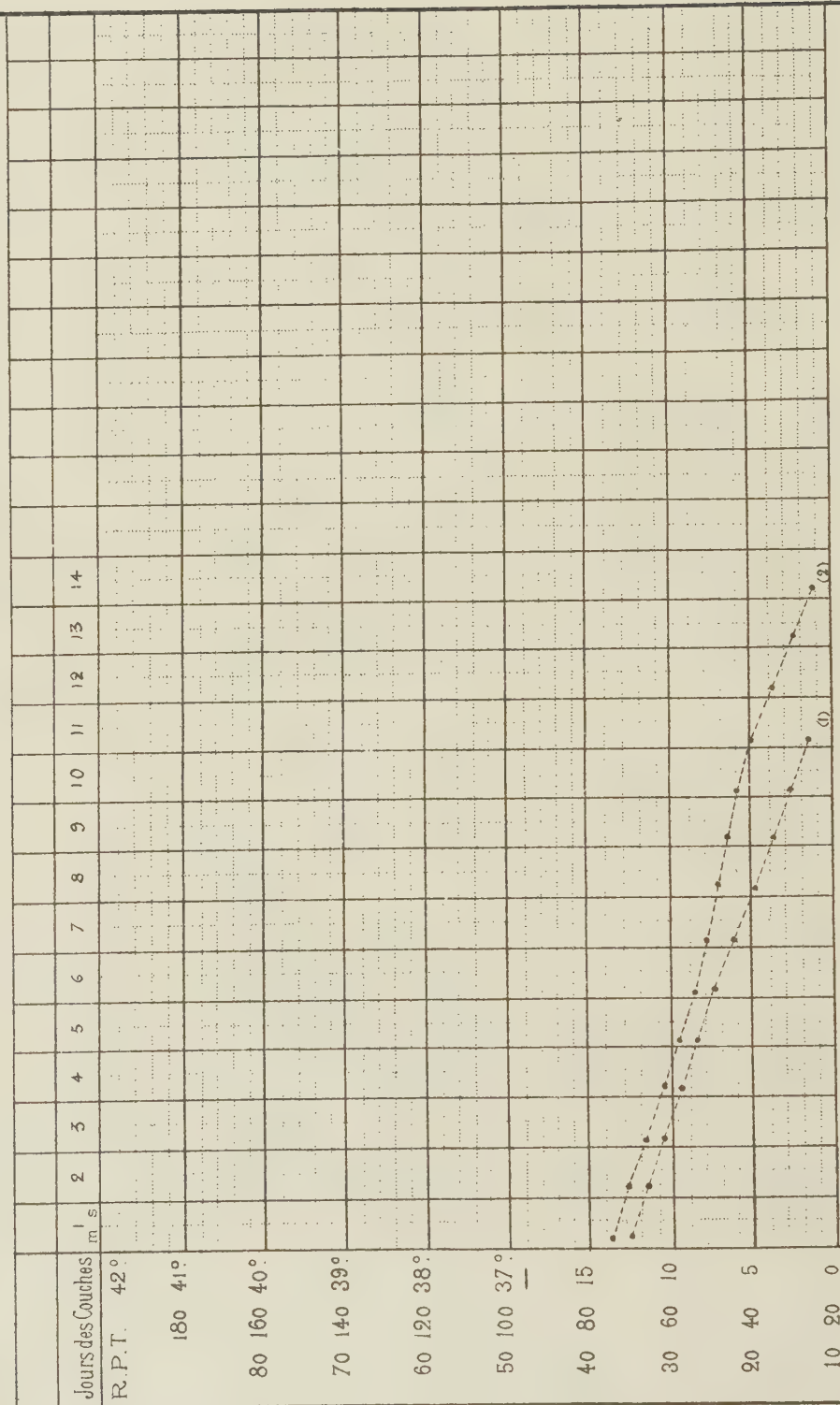
C'est ce retrait quotidien moyen qui constitue la base sur laquelle nous nous fondons pour juger de la marche de l'involution utérine.

Comme les hauteurs sont en centimètres et fractions de centimètres, le retrait quotidien moyen est également représenté en centimètres et fractions de centimètres.

Voici les résultats de ces calculs pour ce qui a trait

2 Types d'involution normale

N°



(1) RETRAIT RAPIDE
(2) RETRAIT LENT

à notre division de l'involution utérine en deux types :

TABLEAU I

Type de retrait rapide. — 88 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.5	
2	11.5	1
3	10.4	1.1
4	9.4	1.3
5	8.4	1
6	7.2	0.9
7	5.8	1.4
8	4.8	1
9	3.4	1.4
10	2.4	1
11	1.2	1.2

Retrait quotidien moyen = 4.430 centimètres.

TABLEAU II

Type de retrait lent. — 82 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.7	
2	12.9	0.8
3	11.4	1.8
4	10.3	0.8
5	9.3	1
6	8.6	0.7
7	7.8	0.8
8	6.9	0.9
9	6.4	0.8
10	5.7	0.4
11	4.8	0.9
12	3.6	1.2
13	2.1	1.5
14	1	1.1

Retrait quotidien moyen = 0,976 centimètres.

La raison des différences de durée de l'involution normale se trouve :

1° dans les différences de volume de l'utérus après la délivrance;

2° dans la différence de retrait quotidien.

Il est aisé de comprendre qu'un utérus volumineux et de retrait quotidien moindre, met plus de temps à régresser qu'un utérus petit et dont le retrait quotidien est plus considérable.

Nous croyons avantageux de reproduire *ci-contre* les chiffres fournis par les deux tableaux précédents,

sous forme de courbes superposées sur une même *planche*.

Ces courbes nous apprennent que dans l'un et l'autre cas le retrait se fait d'une manière régulière, continue, sans oscillations.

Les deux lignes de descente sont parallèles, ce qui montre bien que dans les deux cas, il y a régularité du retrait.

La lenteur, comme la rapidité, est donc physiologique ; il y a lieu de maintenir cette distinction entre les deux tracés de l'involution utérine, et nous la maintiendrons pour toutes nos recherches ultérieures.

Cela va nous aider à expliquer la divergence des auteurs sur la marche de l'involution normale ; les uns, tels que *Wicland* et *Autefage*, ont des résultats qui pourraient se traduire en une courbe qui correspondrait à celle de notre retrait rapide ; les autres, comme *Schneider*, *Pfannkuch*, *Serdukoff* et *Milsom* obtiennent une courbe qui correspondrait à celle de notre retrait lent.

En réalité, le retrait utérin n'est pas si régulier, et les tracés pris isolément présentent non pas une ligne de descente continue, mais une ligne brisée, sinueuse, et les différences quotidiennes peuvent varier de $1/2$, 1 et même 3 centimètres. Aussi, répétons-nous que les courbes que nous reproduisons ici, ne sont que des courbes *schématiques* qui donnent simplement une idée générale de la manière dont se fait la marche de l'involution utérine.

Modifications du retrait utérin normal, sous l'influence
des conditions physiologiques.

CHAPITRE I.

Influence du nombre de grossesses.

§ I. — *Primipares, 93 cas.*

TABLEAU III

Retrait rapide. — 46 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.7	
2	11.7	1
4	10.5	1.2
4	9.5	1
5	8.2	1.3
6	7.3	0.9
7	6.2	1.1
8	5.2	1
9	3.7	1.5
10	2.8	0.9

Retrait quotidien moyen = 1,100 centimètres.

TABLEAU IV

Retrait lent. — 47 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.9	
2	13.1	0.8
3	11.7	1.4
4	10.9	0.8
5	10	0.9
6	9.2	0.8
7	8.3	0.9
8	7.2	1.1
9	6.7	0.5
10	5.8	0.9
11	5	0.8

Retrait quotidien moyen = 0,890 centimètres.

§ II. — *Pluripares, 77 cas.*

TABLEAU V

Retrait rapide. — 42 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	42.3	
2	41.2	1.1
3	40.4	0.8
4	8.7	1.7
5	7.9	0.8
6	7.1	0.8
7	5.5	1.6
8	4.3	1.2
9	3.2	1.1
10	2	1.2

Retrait quotidien moyen = 4,144 centimètres.

TABLEAU VI

Retrait lent. — 35 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	43.6	
2	42.7	0.9
3	42.2	0.5
4	41.4	0.8
5	40.2	1.2
6	9.3	0.9
7	8.4	0.9
8	7.6	0.8
9	6.3	1.3
10	5.5	0.8
11	4.5	1

Retrait quotidien moyen = 0,940 centimètres.

Ces quatre tableaux nous montrent que le retrait quotidien moyen est plus fort chez les pluripares que chez les primipares : mais la différence n'est pas considérable. En poussant plus loin l'examen des données précédentes, nous voyons que dans les premiers jours le retrait quotidien moyen est plus fort que chez les primipares, et que dans les derniers jours ce sont les pluripares qui ont un retrait plus marqué. A côté de ce fait, nous constatons que la moyenne de la hauteur utérine est plus grande chez les primipares que chez les pluripares au premier jour des couches.

Essayons d'expliquer ces deux derniers points en les rattachant l'un à l'autre.

L'utérus à terme est plus volumineux chez une pluripare que chez une primipare; cela tient au volume plus considérable du fœtus, à la plus grande quantité de liquide amniotique, à l'extensibilité plus marquée de la paroi abdominale qui n'oppose pas d'obstacle au développement de l'organe de la gestation (Milsom). C'est un fait généralement admis.

Partant de là, nous devrions trouver l'utérus plus volumineux après la délivrance chez les pluripares que chez les primipares; or, c'est le contraire que nos tracés permettent de constater. Ce fait, en apparence contradictoire, peut s'interpréter de la façon suivante : les primipares restent plus longtemps en travail que les pluripares; aussi chez elles, la fibre musculaire surmenée est fatiguée après la délivrance et ne peut se contracter, ou se contracte moins bien que chez les pluripares, ce qui augmente le volume relatif de l'utérus. Puis, la fatigue venant à cesser, l'utérus revient bien sur lui-même, et, d'après nos courbes, ce travail de contraction paraît mieux se faire chez les primipares.

Dans les jours suivants, quand on ne peut plus invoquer les contractions actives, que l'involution devient un phénomène passif de résorption et d'élimination des éléments constitutifs du parenchyme utérin, on voit mieux l'influence de la primiparité et de la pluriparité, et dès lors cette dernière paraît exercer une heureuse influence sur le travail de régression.

Ici encore nous pouvons penser que c'est à la longueur du travail des primipares qu'il faut attribuer cette lenteur relative du processus d'involution. Nous aurons occasion de rendre sensible cette influence, dans le courant de notre travail.

En résumé, l'augmentation comparative du volume de l'utérus des primipares doit être rattachée à la fatigue des éléments contractiles après un long travail ; la rapidité plus marquée du retrait peut être rapportée à la rapidité plus grande du travail d'accouchement chez les pluripares.

Voici maintenant les résultats des recherches des auteurs :

1° *Wieland* : le retrait est plus rapide chez les primipares.

2° *J. Schneider* : le retrait marche irrégulièrement dans les cas de primiparité et les différences quotidiennes sont plus faibles, ce qui entraîne une certaine lenteur de l'involution. Cet auteur admet que dans ses observations plusieurs facteurs troublent l'involution des primipares. « Ces dernières, en effet, offrent plus d'accouchements artificiels, au forceps, pour lesquels les femmes sont chloroformées, et le chloroforme, d'après une courbe de l'auteur, retarde l'involution. De plus chez elles, la sécrétion lactée tarit souvent, et le défaut de lactation est une puissante cause de perturbation de l'involution ; enfin, les primipares sont plus souvent les victimes des complications puerpérales : sur 111 accouchées, 63 ont été atteintes de processus puerpéraux. C'est donc un mélange de cas

normaux et de cas pathologiques. Cette statistique est donc entachée d'erreur.

3° *Serdukoff* : D'après 150 observations, l'involution est plus lente mais plus régulière chez les primipares.

4° *Jacquet et Autefage* : Le retrait est pour ces deux auteurs plus rapide et plus régulier chez les primipares. Cette opinion est partagée par M. le professeur Depaul.

5° *Milsom* : L'involution est moins rapide et moins régulière chez les primipares que chez les pluripares.

CHAPITRE II.

Influence de l'allaitement.

Nous avons basé nos calculs sur 170 tracés pris chez 109 nourrices et 61 femmes n'allaitant pas ; nous ne les avons commencés *qu'à partir du quatrième jour, au moment où la sécrétion lactée est établie* et où l'enfant vide régulièrement les seins de sa mère. Nous avons de la sorte nos deux séries de nourrices et de femmes qui n'allaitent pas ou qui nourrissent mal, dans des conditions différentes pendant le même laps de temps d'involution.

§ I. — *Nourrices.* 109 cas.

TABLEAU VII

Retrait rapide. — 56 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.5	
2	11.3	
3	10.8	
4	9.4	1.4
5	8.3	1.1
6	7.4	0.9
7	6.1	1.3
8	5.1	1
9	3.8	1.3
10	2.5	1.3
11	1.3	1.2

Retrait quotidien moyen = 1,487 centimètres.

TABLEAU VIII

Retrait lent. — 53 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	14.2	
2	13.1	
3	12	
4	11.2	0.8
5	10.1	1.1
6	9.4	0.7
7	8.5	0.9
8	7.6	0.9
9	6.5	1.1
10	5.7	0.8
11	4.8	0.9
12	3.6	1.2
13	1.9	1.7
14	0.9	1

Retrait quotidien moyen = 1,009 centimètres.

§ II. — *Ne nourrissant pas ou mauvaises nourrices.*
61 cas.

TABLEAU IX

Retrait rapide. — 32 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.5	
2	11.4	1.1
3	10.1	1.3
4	8.7	1.4
5	7.8	0.9
6	6.7	1.1
7	5.5	1.2
8	4.2	1.3
9	2.9	1.3
10	2.3	0.6
11	1.1	1.2

Retrait quotidien moyen = 1,425 centimètres.

TABLEAU X

Retrait lent. — 29 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.6	
2	13.2	0.4
3	11.9	1.3
4	11	0.9
5	10	1
6	9.1	0.9
7	8.2	0.9
8	7	1.2
9	6.5	0.5
10	5.6	0.9
11	4.5	1.1
12	3.5	1
13	2.6	0.9
14	1.3	1.3

Retrait quotidien moyen = 0,963 centimètres.

En tenant compte, de plus, de la primiparité et de la pluriparité, nous trouvons par des calculs semblables les chiffres suivants comme moyennes des différences quotidiennes des hauteurs utérines :

<i>Retrait rapide.</i> — 28 primipares nourrices		R. Q. M. = 1.175
18	» n'allaitant pas.	R. Q. M. = 1.062
28	pluripares nourrices	R. Q. M. = 1.137
14	» n'allaitant pas..	R. Q. M. = 1.206
Résultats des Tableaux VII & IX	Toutes nourrices	R. Q. M. = 1.187
	Toutes n'allaitant pas	R. Q. M. = 1.125

<i>Retrait lent.</i> — 27 primipares nourrices	R. Q. M. = 0.981
20 » n'allaitant pas.	R. Q. M. = 0.936
26 pluripares nourrices.	R. Q. M. = 1.036
9 » n'allaitant pas.	R. Q. M. = 0.972
Résultats des Tableaux VIII & X } Toutes nourrices.	R. Q. M. = 1.009
} Toutes n'allaitant pas.	R. Q. M. = 0.963

Nous pouvons conclure :

1° Que le retrait rapide ou lent se fait mieux chez les nourrices que chez les femmes qui n'allaitent pas ;

2° Quand le retrait est rapide, la lactation le favorise chez les primipares, tandis qu'elle paraît moins favorable chez les pluripares ;

3° Si le retrait est lent, on voit mieux les bons effets de la lactation, que la femme soit primipare ou pluripare.

Voyons si nos résultats concordent avec ceux des auteurs, ou s'ils s'en écartent, et dans ce cas examinons sur quels points portent les divergences.

Wieland, Schneider, Jacquet, Serdukoff ont constaté que l'allaitement favorise le retrait utérin.

Autefage et *Milsom* regardent l'allaitement comme une cause de retard de l'involution. *Milsom* trouve même que la cavité utérine mesure le 11^e jour 10,5 centimètres chez les nourrices et seulement 9,5 chez les femmes qui n'ont jamais donné le sein ; que l'influence du défaut de lactation est surtout remarquable pour les multipares dont la cavité utérine ne mesure que 9 centimètres le 11^e jour. Ce n'est pas un arrêt que produit l'allaitement, mais un simple ralentissement de l'involution. *Milsom* qui discute ce fait longuement se base sur la relation qui existe en-

tre la succion du sein et la congestion utérine qui provoque un écoulement de sang avec tranchées ; la congestion de l'organe, d'après lui, doit ralentir le processus d'involution. En second lieu, se basant sur un fait signalé par Gassner, à savoir la moindre sécrétion des lochies chez les nourrices, il croit légitime d'admettre un rapport inverse entre la quantité des lochies et le travail de la "dégénérescence graisseuse des éléments musculaires de l'utérus, entre les lochies et l'involution.

Sans méconnaître la double valeur des faits recueillis par Milsom et des raisons qu'il donne pour augmenter l'autorité de ses résultats, nous croyons que la lactation est un phénomène physiologique qui, loin de troubler le processus de l'involution, loin de le retarder, le favorise au contraire ; nos résultats, joints à ceux de Schneider, de Jacquet et de Serdukoff nous permettent de considérer cette manière de voir comme fondée.

CHAPITRE III.

Influence de la durée de la grossesse.

Sur nos 170 cas, nous avons eu affaire 19 fois seulement à des accouchements *prématurés* de 7 à 8 mois, dont les tracés appartiennent tous au type du retrait rapide.

Voici la moyenne de ces 19 cas :

TABLEAU XI. — 19 Cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	11.1	
2	10.4	0.7
3	8.8	1.6
4	8.3	0.5
5	7.2	1.1
6	6.1	1.1
7	5.2	0.9
8	4.2	1
9	3	1.2
10	1.9	1.1
11	1	0.9

Retrait quotidien moyen = 1,010 centimètres.

Comparons ce résultat à celui que fournissent les 69 cas d'accouchements *à terme* présentant le même type de retrait.

TABLEAU XII. — 69 Cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.5	
2	11.6	0.9
3	10.5	1.1
4	9.2	1.3
5	8.3	0.9
6	7.3	1
7	6	1.3
8	4.8	1.2
9	3.7	1.1
10	2.5	1.2
11	1.3	1.2

Retrait quotidien moyen = 1,120 centimètres.

Bien que le volume moyen de l'utérus le 1^{er} jour des couches soit, dans l'accouchement prématuré, plus petit que dans l'accouchement à terme, le retrait quotidien moyen est plus fort dans ce dernier cas, que l'on envisage l'involution dans les premiers 6 jours ou dans les derniers 5 jours. En d'autres termes, un utérus arrivé à son parfait développement subit sa régression plus rapidement que le même organe incomplètement développé. En examinant les deux moyennes, on voit que tandis que les différences entre les hauteurs du 1^{er} jour sont de $12.5 - 11.1 = 1.4$ centimètre, les différences des hauteurs le 11^e jour ne sont plus que $1.3 - 1 = 0.3$ centimètre. L'utérus à terme a donc régressé plus rapidement et a gagné $1.4 - 0.3 = 1.1$ centimètre sur l'utérus débarrassé de son contenu avant terme.

Ces conclusions ne peuvent s'appliquer qu'au retrait rapide. Quant au retrait lent, nous n'avons observé que deux ou trois fois l'accouchement prématuré suivi de ce type d'involution, aussi nous est-il impossible de tirer aucune conséquence d'un aussi petit nombre de faits.

Milsom basant ses calculs sur 16 cas d'accouchement prématuré a également trouvé que le retrait quotidien était un peu plus petit dans ces cas que dans l'accouchement à terme ; les différences sont toutefois peu sensibles ; mais la régularité de l'involution est moindre.

On trouve dans l'état anatomique de l'utérus pendant les derniers mois de la grossesse la raison de cette faible différence. En effet, la musculature de l'organe se forme surtout dans les premiers mois ; à partir du 7^e mois il ne se forme plus guère de fibres nouvelles ; celles qui existent continuent sans doute à se développer, mais leur degré de développement est assez avancé pour l'accomplissement de leurs fonctions et si elles sont aptes à se bien contracter pendant l'accouchement, il n'y a pas de raison pour qu'elles ne puissent pas, ce travail terminé, achever leur rôle qui est de diminuer d'abord l'utérus par les contractions toniques et de se résorber ensuite par la dégénérescence graisseuse, double processus qui caractérise l'involution utérine.

CHAPITRE IV.

Influence de la durée du travail.

Serdukoff considère la durée de l'accouchement comme une circonstance qui doit modifier le processus de régression utérine; il conclut, d'après ses calculs, au retard de l'involution dans les cas de lenteur du travail.

Milson, qui a repris ces recherches, en faisant ses mensurations sur 34 accouchées, admet que l'influence de la durée du travail est nulle et que si elle peut se faire sentir le premier jour des couches, ses effets cessent de se produire dans les jours suivants.

Nous avons pu examiner ce point, d'après notre propre statistique, et nous nous sommes contenté de faire nos calculs sur les primipares seules, par la raison que nos pluripares ont presque toutes accouché rapidement.

A priori, et parce que le retrait se fait mieux chez les pluripares que chez les primipares, nous pouvons penser que la durée du travail plus grande chez ces dernières est la cause de ce retard.

Voici les tableaux provenant de 75 cas :

§ I. — *Retrait rapide.*

TABLEAU XIII

Courte durée (pas plus de 12 h.) — 24 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.9	
2	12	0.9
3	10.9	1.1
4	9.3	1.6
5	8.5	0.8
6	7	1.5
7	5.8	1.2
8	4.5	1.3
9	3.7	0.8
10	2.4	1.6

R. Q. M. = 1,200

TABLEAU XIV

Longue durée (plus de 12 heures). - 16 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.9	
2	11.8	1.1
3	10.4	1.4
4	9.4	1
5	8	1.4
6	7.2	0.8
7	6.3	0.9
8	4.9	1.4
9	3.8	1.1
10	2.8	1

R. Q. M. = 1.122

§ II. — *Retrait lent.*

TABLEAU XV

Courte durée. — 24 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.9	0.9
2	13	1.4
3	11.6	0.7
4	10.9	1.2
5	9.7	0.7
6	9	0.9
7	8.1	0.9
8	7.2	1.2
9	6	0.5
10	5.5	0.8
11	4.7	1
12	3.7	

R. Q. M. = 0,927 centimètres.

TABLEAU XVI

Longue durée. — 11 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	14.9	0.6
2	13.6	1.8
3	11.8	0.8
4	11	0.9
5	10.1	0.7
6	9.4	0.8
7	8.6	1.3
8	7.3	0.6
9	6.7	0.7
10	6	0.9
11	5.1	0.8
12	4.3	

R. Q. M. = 0,900 centimètres

Que le retrait soit rapide ou lent, nous voyons d'après ces tableaux que la *durée du travail a une influence sur l'involution utérine*: quand l'accouchement est rapide, le retrait quotidien est plus fort que lorsque l'accouchement traîne en longueur. La conclusion qui ressort de nos calculs est en contradiction avec celle de Milsom et en accord avec les résultats obtenus par Serdukoff.

CHAPITRE V.

Influence de l'état des lochies.

Dans les cas qui nous ont servi à admettre le type d'involution rapide, nous n'avons pas relevé une seule fois la fétidité des lochies; dans les cas à involution lente, nous avons noté 15 fois sur 40 cas une fétidité plus ou moins marquée, plus ou moins durable de la sécrétion lochiale. Voici les résultats comparatifs :

44 cas d'involution normale lente.

TABLEAU XVII

Absence de fétidité lochiale. - 29 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.9	
2	12.9	1
3	11.6	1.3
4	10.7	0.9
5	9.5	1.2
6	8.7	0.8
7	7.8	0.9
8	7.1	0.7
9	6.2	0.9
10	5.2	1
11	4.2	1

R. Q. M. = 0,970 centimètres.

TABLEAU XVIII

Fétidité lochiale. — 15 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.2	
2	12.3	0.9
3	11.7	0.6
4	11.1	0.6
5	10.3	0.8
6	9.1	1.2
7	8	1.1
8	7.2	0.8
9	6.4	0.8
10	5.6	0.8
11	4.8	0.8

R. Q. M. = 0,837 centimètres.

La moyenne du retrait quotidien est notablement plus forte quand il n'y a pas fétidité. En raison de la

marche de l'involution dans ces 15 cas, nous n'avons pas cru devoir les exclure du cadre de l'involution normale : la fétidité en effet, n'a pas constitué un état morbide de l'utérus et ne s'est présentée que sous l'aspect d'un symptôme passager ; il n'y a eu ni métrite, ni septicémie ; l'état général de ces accouchées est resté bon, sauf parfois un léger mouvement fébrile de très courte durée.

Nous sommes déjà, avec ces 15 cas, sur le seuil de l'état puerpéral pathologique ; un pas de plus, l'action prolongée des sécrétions décomposées à la surface de l'utérus, la résorption de quantités plus considérables de produits septiques, et la fièvre septique est engendrée.

Nous avons tenu à mettre en relief ce fait de *la fétidité lochiale*, pour montrer d'abord qu'elle *manque quand l'involution se fait rapidement*, et qu'elle *retarde notablement l'involution lente*. L'utérus qui a contenu dans sa cavité une sécrétion fétide n'est pas dans les conditions requises pour la régression parfaite de ses éléments.

Nous avons montré, par la même occasion, qu'*il est des cas nombreux où le retrait se fait lentement, sans que pour cela il y ait fétidité des lochies*.

Si on se reporte aux courbes des deux types d'involution normale, on voit, ainsi que nous l'avons déjà signalé, que dans le type à involution lente, la hauteur utérine est plus forte, ce qui veut dire que le volume de l'utérus est plus considérable que dans le type à retrait rapide. Comme c'est dans le cas de

lenteur d'involution que nous trouvons une certaine fréquence de fétidité lochiale, on ne trouvera pas irrationnel de supposer que *l'utérus volumineux est une cause prédisposante de la fétidité et de la lenteur du retrait*. Mais cette proposition tient-elle devant cet autre fait que, d'après nos tableaux, le volume de l'utérus est plus considérable dans les 29 cas où la fétidité fait défaut que dans les 15 cas où elle est notée. Et ne doit-on pas conclure au contraire que *l'absence de fétidité est parfaitement conciliable avec un utérus volumineux, que celui-ci ne commande pas l'altération des produits d'excrétion qui se font à la surface de sa cavité*.

CHAPITRE VI.

Influence du seigle ergoté.

On voit que l'utérus volumineux ne constitue pas toujours un danger pour la femme en couches et qu'il ne doit pas être considéré comme une cause prédisposante aux troubles de l'involution utérine.

Nous faisons remarquer ce fait à cause d'une opinion qui a cours dans la science, c'est qu'il y a un haut intérêt à diminuer la cavité utérine, pour diminuer le champ de la résorption et éloigner le danger de la septicémie. C'est *Jules Guérin* qui a attiré l'attention des auteurs sur *l'influence de l'état d'involution de l'utérus sur l'éclosion de la fièvre puerpérale*. Bien que la théorie de J. Guérin n'ait pas été acceptée en tous ses points par les auteurs, on admet généralement l'existence à la surface utéro-placentaire d'une véritable plaie capable d'être le siège d'une résorption, comme une plaie quelconque ; nous croyons avec les auteurs qu'il y a avantage à ce que cette surface soit aussi rétrécie que possible, mais nous ne sommes nullement convaincu que le volume de l'utérus fournisse par lui-même et en dehors de tout autre état morbide, une indication d'intervention active, car ce volume peut dépendre du degré de développement de l'organe pendant la grossesse.

Si, en effet, il fallait à tout prix opérer la diminution de volume de l'utérus, il faudrait favoriser le retrait actif de l'organe en administrant le seigle ergoté.

Le professeur Depaul surtout a préconisé le seigle ergoté après la délivrance, et dans les premiers jours, pour favoriser le retrait utérin.

Nous avons été curieux de contrôler cette assertion : en effet, nous savons que le seigle ergoté agit puissamment sur les fibres lisses de l'utérus, et que, par conséquent, il doit diminuer le volume de l'organe. Mais il est démontré que cette action est passagère et d'autre part, le travail de l'involution est double : dans un premier temps, l'utérus contractile revient sur lui-même en expulsant les liquides dont il est gorgé ; dans un second temps, il se transforme en graisse et se résorbe ; dans ce cas, le seigle ergoté ne peut agir sur la fibre dégénérée, aussi l'administration de l'ergot est suivie d'une contraction utérine, mais non nécessairement d'une accélération du travail d'involution.

Le tableau suivant présente 31 cas où l'ergot a été administré, soit après la délivrance pour arrêter une hémorrhagie ou pour prévenir l'inertie utérine, soit dans les premiers jours des couches pour une raison ou pour une autre ; dix-sept cas appartiennent au type du retrait rapide, quatorze au retrait lent.

TABLEAU XIX

Retrait rapide. — 17 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.3	
2	12	1.3
3	10.7	1.3
4	9.3	1.4
5	8.2	1.1
6	7.4	0.8
7	6.1	1.3
8	5	1.1
9	4	1
10	2.9	1.1

R.Q.M. à partir du 4^e jour = 1,080.

TABLEAU XX

Retrait lent. — 14 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.8	
2	12.9	0.9
3	11.8	1.1
4	10.7	1.1
5	9.8	0.9
6	9	0.8
7	8.6	0.4
8	7.6	1
9	6.9	0.7
10	5.9	1
11	4.7	1.2
12	3.2	1.5

R.Q.M. à partir du 4^e jour = 0,927.

Si nous comparons ces résultats à ceux fournis par l'ensemble de nos cas, nous voyons que, si le retrait quotidien est plus fort dans les trois jours qui suivent l'administration de seigle ergoté, il cesse d'être supérieur dans les jours suivants, et même le retrait quotidien moyen est un peu plus faible qu'en dehors de l'administration de ce médicament. Sans doute, on pourra nous objecter que, dès le premier jour, l'utérus était prédisposé, toutes choses égales d'ailleurs, à subir son involution moins rapidement; nous partageons cette opinion sans doute, mais il n'en reste pas moins établi que le seigle ergoté n'est pas le spécifique de l'involution utérine. En réalité, certains tracés pris isolément nous ont paru ne pas traduire l'efficacité du seigle ergoté; et dans certains cas, l'ergot de seigle a

été administré coup sur coup, sans que la courbe ait montré qu'il y ait eu accélération consécutive du travail de régression.

CHAPITRE VII.

Influence des tranchées utérines.

Il nous reste à rechercher quelle est l'influence des tranchées sur l'involution. Bien que nous ayons noté ce phénomène même chez les primipares, nous ne basons nos calculs que sur 29 cas observés chez les pluripares et dont 17 se rapportent au retrait rapide et 12 au retrait lent.

TABLEAU XXI

Retrait rapide. — 17 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	12.3	1.1
2	11.2	1.3
3	9.9	1.5
4	8.4	0.9
5	7.5	1.1
6	6.4	1.4
7	5	1
8	4	1.6
9	2.8	1.1
10	1.7	

R.Q.M. = 1,177 centimètres.

TABLEAU XXII

Retrait lent. — 12 cas.

Jours.	Hauteur moyenne sus-pubienne.	Différence quotidienne.
1	13.3	0.8
2	12.5	1
3	11.5	0.7
4	10.8	1.2
5	9.6	1
6	8.6	1
7	7.6	1
8	6.6	0.6
9	6	1
10	5	1.1
11	3.9	0.8
12	3.1	

R.Q.M. = 0,927 centimètres.

Si nous nous reportons aux tableaux V et VI des pluripares, nous voyons que la différence quotidienne

moyenne est pour les tracés rapides 1,144, plus petite que 1,177 — pour les tracés lents 0,910, plus petite que 0,927; si ces différences, pour les cas où il y a eu des tranchées, sont supérieures aux différences de l'ensemble des cas, avec et sans tranchées, le retrait quotidien moyen des cas où il n'y a pas eu de tranchées est plus faible encore que 1,144 et 0,910 et par conséquent plus petit que celui qui est obtenu pour les cas où les tranchées ont été observées.

Il est par conséquent légitime de conclure que *les tranchées accélèrent l'involution utérine.*

RÉSUMÉ

Maintenant que nous avons étudié l'involution normale et ses modifications physiologiques, il nous paraît utile de reprendre un à un les différents faits, de les grouper, afin de rendre manifeste ce qui caractérise cette fonction régressive de l'utérus puerpéral.

Parmi les conditions qui font varier le retrait utérin, il en est qui agissent d'une façon *permanente* : telles sont le volume de l'utérus, le nombre de grossesses, la durée de la grossesse et la durée du travail.

I. Il y a 2 types d'involution normale, le type de retrait rapide et le type de retrait lent. Dans le premier, le fond utérin disparaît derrière le pubis entre le 11^e et le 12^e jour ; dans le second, entre le 15^e et le 16^e jour après l'accouchement. Il faut établir la distinction de ces deux types, par suite des variétés de volume de l'utérus. Dans le premier type, le retrait quotidien moyen est plus fort que dans le deuxième type : du reste, dans l'un et l'autre cas, l'involution est régulière et les deux tracés sont à peu de chose près parallèles.

II. La primiparité n'est pas une condition favorable à la rapidité du retrait utérin : l'utérus des pluripares est plus petit dans les premiers jours des couches en raison de l'absence de fatigue de ses éléments contractiles, à la suite du travail qui est en général rapide, en raison aussi des tranchées qui font rarement

défaut aux pluripares et qui favorisent la rétraction de l'utérus.

III. L'arrivée de la grossesse à son terme est une condition favorable à l'involution.

IV. Une longue durée du travail retarde l'involution.

D'autres causes agissent *passagèrement* sur le processus de régression utérine :

1° La lactation, fonction physiologique, favorise le retrait.

2° Les lochies sont normales dans les cas de retrait rapide ; elles sont parfois fétides, quand le retrait est lent, sans qu'on puisse dire que l'utérus volumineux, qui caractérise le tracé lent, soit une prédisposition à la fétidité.

3° Le seigle ergoté a une action sur la rapidité de la contraction de l'utérus dans les premiers jours : mais il n'agit pas d'une manière constante.

4° Les tranchées des pluripares activent le mouvement de la régression utérine.

DEUXIÈME PARTIE

RAPPORTS ENTRE LA FIÈVRE ET L'INVOLUTION

Comme l'élévation thermique n'est qu'un symptôme, qu'elle ne constitue pas une entité morbide, qu'elle peut être déterminée par différentes conditions pathologiques, il nous faut, dès maintenant, justifier le titre de cette dernière partie de notre travail.

Frappé de certains arrêts d'involution qui se produisent quand la température s'élève chez les accouchées, et qui ne durent pas plus longtemps que l'évolution fébrile, ayant vu d'autre part des températures élevées ne causer aucune modification du tracé utérin, notre attention a été vivement sollicitée vers ce point obscur et nous avons conçu l'idée d'y apporter quelque lumière.

Il est juste de rappeler que c'est *Jules Guérin* qui, le premier en 1858, a établi un rapport entre les accès fébriles et l'arrêt du « dégonflement » de l'utérus.

Fauquez, en 1879, regarde les maladies fébriles comme capables d'entraver le retrait utérin, et il rappelle une observation de *Ch. West* publiée en 1854, d'après laquelle il se serait produit un arrêt d'involution par suite de la fièvre typhoïde.

FIÈVRE CHEZ LES ACCOUCHEES. — Avant d'entrer dans le fond du sujet, nous croyons nécessaire de présen-

ter quelques considérations sur la fièvre chez les accouchées.

Les différents mouvements fébriles qui surviennent après l'accouchement reconnaissent pour causes les états pathologiques suivants :

1^o Les pyrexies et les maladies organiques fébriles intercurrentes.

2^o La périmérite ou phlegmon des ligaments larges.

3^o La fièvre septique, ou fièvre par résorption de septine.

4^o La fièvre puerpérale, due à un microbe spécial.

5^o Les lésions utérines diverses, que l'inflammation soit localisée au parenchyme ou à la muqueuse utérine (métrite parenchymateuse et métrite interne) aux vaisseaux sanguins, ou aux vaisseaux lymphatiques (phlébite et lymphangite utérines) ou qu'elle frappe simultanément tous les tissus de l'organe.

Les quatre premiers états pathologiques peuvent exister sans ralentissement direct sur l'utérus puerpéral ; mais la métrite, la phlébite et la lymphangite utérines déterminent des modifications assez profondes pour troubler son involution.

Aussi, ne voulant pas compliquer notre étude de la prise en considération de ces maladies fébriles qui reconnaissent pour origine une altération locale de l'utérus, nous les avons exclues du cadre de notre travail. Nos observations présentent en effet ceci de particulier, que jamais les arrêts de retrait utérin ne se sont accompagnés d'aucun symptôme qui puisse,

de prime-abord, conduire à admettre une lésion locale. Jamais il n'y a eu ni douleur ni modification de consistance appréciable de l'utérus, ni métrorrhagie.

On est convenu de considérer l'*état puerpéral* comme une modification passagère de l'organisme qui imprime un cachet particulier à toutes ses manifestations physiologiques ou morbides.

Cependant, dans la fièvre des accouchées, considérée en dehors de toute altération inflammatoire utérine, il y a nécessité d'établir une distinction.

La fièvre peut se produire indépendamment de l'état puerpéral et reconnaît alors pour cause l'infection septique simple, les pyrexies et les maladies fébriles intercurrentes.

Dans d'autres circonstances, la fièvre ne relève que de la puerpéralité même, et elle dépend soit de l'infection puerpérale proprement dite, soit de causes diverses par un mécanisme encore obscur, en dehors de toute infection, peut-être par une action réflexe qui modifierait le centre régulateur de la température.

Dans ces circonstances, la puerpéralité en modifiant profondément l'état général, ou en créant des conditions nosocomiales particulières où domine l'influence d'un agent infectieux spécial, provoque des accidents qui dépendent d'elle exclusivement.

Mais dans d'autres cas plus nombreux, nous voyons la puerpéralité avoir une influence absolument nulle, et l'accouchée, envisagée tout à l'heure comme une sorte d'individualité propre, n'est plus alors qu'un

terrain vulgaire sur lequel soit le traumatisme, soit un processus morbide quelconque, et même l'infection évoluent suivant les lois de la pathologie générale.

Ce n'est pas sans raison que nous avons insisté sur ce point ; les considérations auxquelles nous nous livrerons plus loin justifieront, nous osons l'espérer, cette digression dans le domaine de la théorie.

PLAN. — Nos recherches personnelles sont basées sur 36 observations avec tracés.

Dans ce qui va suivre, nous n'agissons plus comme dans notre étude de l'involution normale. En reproduisant nos observations *résumées* sans doute, mais *présentant les faits principaux*, nous ajoutons des tableaux où est gravé, avec la courbe thermique, le tracé utérin, tel qu'il résulte des mensurations quotidiennes. La courbe du pouls ayant été, dans tous les cas observés par nous, parallèle à celle de la température, nous l'avons supprimée de nos tableaux ; au point de vue particulier auquel nous nous plaçons, il ne résulte de cette suppression aucun inconvénient.

Ces observations sont classées méthodiquement. Elles forment deux groupes : le premier comprend les maladies fébriles qui n'entravent pas le retrait régulier de l'utérus ; le second celles qui s'accompagnent d'un arrêt d'involution.

OBSERVATIONS

§ I — PREMIER GROUPE. — *Fièvre sans arrêt d'involution.*

Nous faisons de ce chapitre deux subdivisions : dans la première nous donnons les observations des maladies fébriles indépendantes de l'état puerpéral, dans la seconde nous rapportons celles qui ont trait aux complications puerpérales proprement dites.

1^o Fièvre développée en dehors de l'influence puerpérale.

Les observations suivantes se rattachent à des cas de pneumonie (2), de fièvre typhoïde (2), d'abcès du sein (1), de phlegmon des ligaments larges (3), de fièvre septique (4).

OBSERVATION I. — Pneumonie du lobe inférieur droit.

Kiefer Salomé, 26 ans; domestique, — primipare. — Entrée à la Maternité le 26 janvier 1881, salle Saint-Joseph n^o 2; accouche le 2 février 1881 d'un enfant à terme. Délivrance normale.

Le 4^e jour, mal de gorge et raucité de la voix — fétidité lochiale — utérus insensible.

Le 5^e jour, début de la pneumonie droite — oppression, toux — fétidité lochiale — utérus insensible.

Le 6^e jour, crachats rouillés — fétidité lochiale — utérus insensible.

Le 7^e jour, crachats moins rouillés; point de côté à droite — fétidité lochiale — utérus insensible.

Le 8^e jour, matité à la base droite — faiblesse du bruit respiratoire, sans souffle, expectoration fibrineuse; perd en rouge.

Le 9^e jour, souffle tubaire depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. Expectoration fibrineuse — perd en rouge.

Le 10^e jour, mêmes signes physiques — sueurs abondantes, expectoration visqueuse — à 11 heures du matin, frisson avec point de côté en avant et à droite — face vultueuse, langue sèche; sueurs abondantes, toux quinteuse, oppression. — L'écoulement rouge cesse spontanément.

Le 11^e jour. Persistance de la matité à partie de l'angle de l'omoplate, absence de vibrations thoraciques, souffle tubaire, expectoration visqueuse, bronchophonie.

Le 13^e jour, mêmes signes physiques, amélioration de l'état général se continuant les jours suivants.

Le 17^e jour, demande à manger, plus de souffle; râles fins sous-crépitants, dans toute la hauteur à droite, perçus encore le 18^e jour.

La pneumonie débutant le 5^e jour des couches a fait sa défervescence le 11^e jour. Pendant l'évolution de cette pneumonie les lochies sont restées fétides du 4^e au 10^e jour, et il y a eu un écoulement rouge le 8^e et le 9^e jour; le tracé utérin présente le type de l'involution normale lente: le retrait s'est fait lentement, mais d'une façon régulière: les petits arrêts du 7^e, du 9^e et du 11^e jour ont seuls troublé la régularité du tracé, et déterminé par suite, un retard de trois jours.

OBSERVATION II. — Pneumonie droite.

Jacquot Madeleine, 32 ans, couturière; bipare, entrée à la Maternité le 16 avril 1880, salle Saint-Alexis, n^o 2, accouche le 16 avril, le 2^e jour d'une pneumonie, d'un enfant à terme, après un travail de six heures, délivrance normale. — Rétention d'urine.

Signes d'hépatisation pulmonaire droite. Matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base avec souffle tubaire — oppression, point de côté.

Le 4^e jour des couches, 6^e jour de la pneumonie, râles disséminés dans les deux poumons, asphyxie croissante, cyanose, râles trachéaux.

Mort, le 5^e jour des couches, à 3 heures du matin.

Utérus indolent se rétracte régulièrement.

AUTOPSIE. — Poumon droit, 21 centimètres de hauteur sur 12 cent. de largeur, hépatisation rouge des trois lobes avec teinte grise localisée au sommet.

Poumon gauche, 17 centimètres de hauteur sur 8 de largeur, con-

gestion à la base avec œdème pulmonaire : les bronches sont remplies d'un liquide séreux.

Pas d'épanchement pleurétique.

Cœur normal — rien dans les autres organes.

Utérus bien rétracté en antéverson. — Hauteur de la cavité utérine 15 centimètres, dont 10 pour le corps et 5 pour le col. Épaisseur de la paroi au fond, 2 centimètres. — Largeur de la cavité du corps au niveau des cornes 6 centim.; au tiers inférieur 4,5 centim.; épaisseur de la paroi à la partie moyenne 4 centim.; à la partie inférieure 3 centim.; au niveau du col, 1 centimètre.

Les faces interne et externe de l'utérus ont leur aspect normal.

RÉFLEXIONS. — Malgré l'évolution de la pneumonie et l'élévation de la température, l'utérus s'est bien rétracté; le tracé et l'autopsie le démontrent suffisamment.

OBSERVATION III. — Fièvre typhoïde. — Couches normales.

(Observation et tracés relevés par M. le docteur J. Schmidt, chef de clinique médicale, dans le service de M. le professeur V. Parisot, lors de l'épidémie de 1881 à 1882.)

M. B. 49 ans; salle Sainte-Françoise n° 48. — Début de la fièvre typhoïde le 13 décembre 1881 par inappétence, céphalalgie frontale et courbature.

Le 25 décembre, jour de l'entrée à l'hôpital Saint-Charles, prostration considérable, stupeur, vertiges, bourdonnements d'oreilles, décubitus dorsal, insomnie, délire la nuit.

Le 26 décembre, langue sèche, rouge sur les bords, anorexie, soif vive, douleur dans la fosse iliaque droite, ventre bouffi, diarrhée.

On constate que la malade est enceinte, et que le fond de la matrice remonte jusqu'à une distance égale de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Le 28 décembre, accouche d'un enfant bien portant, à terme, délivrance normale, établissement de la sécrétion lactée, qui diminue au bout de quelques jours.

Lochies normales, pas de métrorrhagies, aucune douleur au niveau des organes pelviens — involution rapide régulière, malgré la température élevée — suites de couches bonnes.

La fièvre typhoïde suit un cours régulier, la défervescence se fait le 10 janvier, à la fin du 4^e septinaire, et, quand la malade quitte l'hôpital, elle ne se ressent plus des 2 crises qu'elle vient de traverser.

OBSERVATION IV (recueillie à la Maternité, par M. Thiébaut, interne du service).

Fièvre typhoïde ayant débuté le 6^e jour des couches. — Retrait normal.

Bertin Marguerite, couturière, 22 ans — primipare, — salle Saint-Eugène n° 6. Accouchée le 31 octobre 1879 d'un enfant à terme pesant 3,140 grammes.

Fétidité lochiale du 3^e au 8^e jour des couches ; montée du lait le 2^e jour avec mouvement fébrile passager ; le 6^e jour apyrexie.

Le 7^e jour, élévation thermique régulière les jours suivants, acmé atteint le 10^e jour ; symptômes généraux de la fièvre typhoïde, prostration, céphalalgie, anorexie, soif vive, bouffissure du ventre, taches rosées, selles diarrhéiques, purée de pois.

Le 11^e jour, le fond de l'utérus n'est plus perceptible au-dessus du pubis ; lochies blanches non fétides.

Le 16^e jour, symptômes de bronchite généralisée avec cyanose, urines et selles involontaires, pouls à 120 ; ventre tympanisé, indolore ; fosses iliaques libres.

Le 18^e jour, hémorrhagie intestinale, plusieurs selles pendant 3 jours, selles sanguinolentes, subdélire, adynamie.

Le 22^e jour, subdélire, lèvres fuligineuses, urines involontaires, eschare au sacrum.

Le 25^e jour, amélioration, écoulement rouge, dans la nuit, qui se continue jusqu'au 28^e jour ; défervescence au 21^e jour de la fièvre typhoïde.

Le 30^e jour, intelligence nette, appétit. Va mieux, une selle encore diarrhéique.

Le 31^e jour des couches, mort subite à 8 heures du soir, après avoir eu un petit frisson, vers 4 heures, suivi d'une élévation de la température à 39°5, sans douleur abdominale, sans vomissements.

AUTOPSIE. — La vésicule biliaire contient 6 calculs gros comme des pois ; un calcul est engagé dans le canal cystique, où il ne détermine qu'une obstruction incomplète.

Intestins. — Il existe au-dessus de la valvule iléo-cœcale un grand nombre d'ulcérations, correspondant aux *plaques de Peyer* et aux follicules clos dans une étendue de 60 centimètres. Près de la valvule, ulcération cicatrisée à son centre, présentant des bourgeons charnus sur les bords, mesurant 4 centimètres de hauteur sur 18 millimètres de largeur.

— Pas de perforation.

Utérus parfaitement rétracté, cavité utérine 7 centimètres, épaisseur du fond 2 centimètres ; largeur de l'utérus à sa partie moyenne 7 centimètres.

Voilà donc 4 cas de pyrexies qui nous permettent de constater qu'en semblable circonstance la fièvre liée à un état général n'affecte pas l'involution utérine ; dans la première observation seule, nous avons relevé quelques petits arrêts passagers, mais point d'arrêt franc parallèle à l'élévation de la température.

OBSERVATION V. — Broncho-pneumonie.

Colson Constance, 43 ans, repasseuse, enceinte pour la 6^e fois ; entrée à la Maternité le 22 mars 1880, salle Saint-Charles n° 7 ; accouche le 12 avril 1880, prématurément, d'un enfant de 8 mois. Présentation du tronc nécessitant la version, extraction du fœtus. — Délivrance une heure après. Inertie utérine combattue avec une injection sous-cutanée de un gramme d'ergotine Yvon. Contraction utérine immédiate. — Hauteur sus-pubienne, 15 centimètres.

Pendant la grossesse, misère, mauvaises conditions hygiéniques ; depuis le mois de février, troubles psychiques. — Plusieurs attaques d'éclampsie du 27 mars au 5 avril, précédées d'agitation, de délire, de trouble de la sensibilité avec albuminurie plus marquée après les crises convulsives. — Le 6 avril, crise comateuse suivie de retour de l'intelligence. Œdème des membres inférieurs le 11 avril. — Après la délivrance, plus d'attaques d'éclampsie. Rétention d'urine jusqu'au 8^e jour ; cathétérisme, plus d'albumine dans les urines.

Après une inertie utérine passagère caractérisée par l'élévation du fond de l'utérus, le relâchement de l'organe et l'expulsion de caillots le 3^e jour des couches, injection hypodermique d'ergotine 1 gramme. Retrait régulier de l'utérus primitivement volumineux.

Fièvre rémittente les 8 derniers jours de la grossesse, coïncidant

avec l'éclat d'éclampsie. — Après l'accouchement, la température s'élève et présente le type continu avec irrégularités jusqu'à la mort. — Le 2^e jour des couches, la malade commence à tousser; le 7^e jour, râles sibilants; le 9^e jour aggravation de l'état général, râles sous-crépitaux généralisés à gauche.

Le 12^e jour, souffle tubaire au sommet gauche, râles sous-crépitaux aux deux bases; langue fuligineuse, soif vive, hébétude, prostration.

Diagnostic : broncho-pneumonie.

Le 17^e jour, état typhoïde plus marqué; eschares au sacrum, urines et selles involontaires, faiblesse extrême, dyspnée considérable, râles trachéaux.

Le 2 mai à 8 heures du matin, mort.

Depuis le 9 avril, il s'est développé sur les membres inférieurs de l'abdomen une éruption eczémateuse qui, pendant l'évolution de la broncho-pneumonie, a été remarquable par son extension progressive à toutes les parties du corps, membres, tronc et face. La surface de ces plaques sécrétait un liquide puriforme et était d'un rouge vif.

AUTOPSIE. — Pas d'épanchement dans la plèvre; aspect mosaïqué du lobe supérieur gauche, avec flots rouges hépatisés, plongeant dans l'eau : lésions de la broncho-pneumonie; congestion aux deux bases. Dégénérescence graisseuse du foie, des reins et du cœur avec surcharge adipeuse.

Utérus rentré dans l'excavation, bien rétracté. — Cavité : 11 centimètres de hauteur dont 7 pour le corps et 4 pour le col. — Poids sans les annexes : 375 grammes.

Épaisseur de la paroi; fond, 1^c,2; au niveau des trompes, 1^c,5; à la partie inférieure, 1^c,5.

Largeur de l'utérus au niveau des cornes, 8 centimètres; au tiers moyen, 9 centimètres; au tiers inférieur, 3^c,5.

Intégrité du parenchyme et des deux surfaces interne et externe. Annexes normales.

RÉFLEXIONS. — Une femme atteinte d'accidents éclamptiques, d'aspect misérable, accouchée artificiellement, ayant présenté les symptômes de l'inséquence utérine pendant les deux premiers jours, et dont la matrice était volumineuse, a été atteinte de broncho-pneumonie mortelle avec élévation thermique considérable, état typhoïde grave, sans que cette complication ait modifié l'involution utérine normale. En effet, le tracé utérin est régulier, et présente simplement le type du retrait lent.

OBSERVATION VI. — Absès multiples du sein droit.

Eugénie Lecoq, 23 ans, domestique, primipare, salle Sainte-Eugénie, n° 24.

Pendant le dernier mois de la grossesse, mastite droite ouverte au bistouri. Accouchement normal le 9 mars 1881 d'un enfant à terme.

Ulcération gangréneuse large, au niveau de la fourchette, donnant un écoulement fétide dès le quatrième jour, traitée par la cautérisation au perchlorure de fer, et guérie le 12^e jour.

Formation de 7 absès du sein droit, les uns ouverts avec le bistouri, les autres spontanément; cinq absès se sont formés depuis l'accouchement, et ont donné lieu à une élévation thermique oscillant entre 39° et 40° jusqu'au dix-neuvième jour des couches, sans entraver le travail de régression; pendant la fièvre, aucun malaise hypogastrique, aucune fétidité lochiale.

Retrait régulier : le fond disparaît derrière la symphyse le treizième jour.

OBSERVATION VII. — Phlegmon des ligaments larges.

Picoré Clotilde, 28 ans, domestique, primipare, accouchée le 14 mai d'un enfant à terme.

Fétidité lochiale du 4^e au 9^e jour des couches.

Le 4^e jour, frisson suivi de fièvre irrégulière.

Le 8^e jour, douleur hypogastrique, sensibilité à l'angle gauche de l'utérus.

Le 12^e jour, empâtement douloureux à la région sus-inguinale gauche, température vaginale élevée — rémittence douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Amélioration le 15^e jour — nouvelle poussée fébrile, correspondant à un empâtement dans le cul-de-sac latéral droit avec douleur hypogastrique et sus-inguinale droite.

Retrait régulier de l'utérus.

Diagnostic : Phlegmons des ligaments larges.

OBSERVATION VIII. — Phlegmon des ligaments larges.

Élisa Simon, 29 ans, brodeuse, salle St-Joseph n° 5. Pluripare, accouche rapidement d'un enfant mort, perte avant et après la délivrance, arrêtée par deux injections hypodermiques d'ergotine Yvon. — Tranchées vives, expulsion de caillots le même jour et le lendemain.

Début d'un phlegmon du ligament large gauche le 4^e jour des couches par douleur hypogastrique et sus-inguinale gauche.

Le 7^e jour, frisson à 5 h. du soir, suivi de chaleur et de sueurs, empatement sus-inguinal gauche.

Le 11^e jour, fièvre à 10 h. du matin, suivie de chaleur et de sueur ; nouveau frisson à 3 h. de l'après-midi : douleur vive sus-inguinale gauche avec dyspepsie dans la soirée.

Le 12^e jour, submatité et empatement profond dans la région sus-inguinale gauche : le fond de l'utérus n'est plus perceptible.

Le 14^e jour, petit frisson — nausées, vomissements. — Congestion pulmonaire des deux bascs.

Le 19^e jour, on constate par le toucher que l'utérus est fixe, le col fermé ; les culs-de-sac, surtout les culs-de-sac latéraux, effacés et douloureux à la pression — vomissements porracés.

On diagnostique : phlegmon des ligaments larges avec symptômes de péritonite et de congestion pulmonaire.

Amélioration passagère le 26^e jour — amélioration définitive 2 mois après.

A la sortie de la malade, les culs-de-sac sont libres, le phlegmon s'est terminé par résolution.

RÉFLEXIONS. — Nous donnons cet exemple de phlegmon des ligaments larges pour montrer que non seulement il n'y a pas eu de lésion organique concomitante du côté de la matrice, mais que la fièvre développée par la phlegmasie périutérine n'a pas modifié l'involution utérine dans les douze premiers jours.

OBSERVATION IX. — Phlegmon des ligaments larges.

Linder Julie, 49 ans, primipare. Salle Saint-Joseph, n° 3. Accouche, le 9 février 1880, d'un enfant à terme, qui meurt le même soir. Le retrait

se fait lentement, mais sans présenter d'irrégularités, et, cependant, la malade a de la fièvre depuis le 1^{er} jusqu'au 24^e jour.

Le tracé montre : 1^o quelques poussées fébriles du 1^{er} au 5^e jour, dues à la fétidité lochiale ; — 2^o l'évolution d'un phlegmon des ligaments larges gauches qui débute dès le 7^e jour et se termine par résolution après avoir présenté plusieurs exacerbations caractérisées par de la douleur sur-guinale gauche, avec empatement, submatité, bouffissure du ventre, sans nausées ni vomissements.

OBSERVATION X. — Fièvre septique.

Louise Vautrin, 48 ans, tailleuse, primipare, salle Saint-Eugène n^o 5, accouche le 29 janvier 1881, à 11 h. du matin, d'un enfant à terme. Durée du travail 7 heures. Délivrance normale le même jour, tranchées suivies d'expulsion d'un caillot. Utérus à 12 centim. 5.

Le 2^e jour, expulsion d'un gros caillot. Utérus à 12 cent. Le soir, fièvre, céphalalgie, insomnie, fétidité lochiale.

Poussées de fièvre avec petit arrêt passager le 4^e et le 9^e jour, fétidité lochiale, attribuées à la rétention dans la cavité utérine de petits fragments de caillots en voie de désagrégation et de putréfaction, d'où fièvre septique. — Retrait régulier.

OBSERVATION XI. — Fièvre septique.

Merlin Anna, 28 ans, dentellière, bipare, salle Saint-Alexis n^o 5, accouche le 19 février 1880 d'un enfant à terme ; délivrance normale ; apyrexie, bon état local et général les 6 premiers jours des couches.

Le 6^e jour, à 5 heures du soir, frisson suivi de chaleur, sans localisation ; apyrexie le lendemain et le surlendemain.

Le 8^e jour dans la soirée, fièvre sans localisation ; nouvelles poussées jusqu'au 17^e jour ; aucune localisation.

Retrait utérin lent ; pas de fétidité lochiale.

Diagnostic : Fièvre septique.

OBSERVATION XII. — Fièvre septique.

Stevens Catherine, mariée, 29 ans, salle Saint-Alexis n^o 4. Enceinte pour la 6^e fois. Accouche le 7 mai 1880 d'un enfant à terme. Délivrance normale ; durée du travail 2 heures.

Tranchées consécutivement.

Le soir du 2^e jour, frisson suivi de chaleur.

Le 3^e jour, à 8 heures du matin, frisson, utérus bien rétracté à 10,5 centim. L'enfant prend très-bien le sein ; pas de localisation abdominale. — Sulfate de quinine, 0^{gr},50 cent.

Le 4^e jour, expulsion d'un caillot volumineux, lochies fétides et rouges.

Le 5^e jour, ventre souple, indolore, fétidité lochiale ; injection d'acide borique.

Le 6^e jour, état saburral, soif, 2 selles diarrhéiques, ventre bouffi non douloureux ; diminution de la sécrétion lactée ; plus de fétidité.

Le 10^e jour, amélioration, diminution de la température.

Diagnostic : Rétention de caillots, fièvre septique ; aucune influence sur le retrait utérin.

OBSERVATION XIII. — Fièvre septique.

Marie Chartreuse, 20 ans ; domestique, primipare, salle Saint-Alexis n^o 2, accouche le 3 mars 1880 d'un enfant à terme. Délivrance par la méthode de Crédé.

Dans la nuit du 2^e au 4^e jour frisson avec 39^e,5

La fièvre présente le type tierce, -- fétidité lochiale.

Diagnostic : Fièvre septique sans localisations.

Le retrait se fait régulièrement sans aucun arrêt.

2^o Fièvre dépendant de l'état puerpéral.

Les observations qui suivent se rattachent à des cas de fièvre réflexe (3) et de fièvre puerpérale (1).

OBSERVATION XIV. — Fièvre réflexe.

Henry Barbe, 35 ans, tailleuse, mariée, enceinte pour la 8^e fois. — Salle Saint-Alexis n^o 2. — Tousse depuis le 4^e mois de sa dernière grossesse, a eu des hémoptysies dans le 8^e mois, a maigri, présente à son entrée des sièges d'induration tuberculeuse des deux sommets. Accouchement à terme le 20 février 1880. Délivrance normale. Durée du travail, une heure seulement. — Apyrexie le 1^{er} jour des couches. — Dans la nuit du 1^{er} au 2^e jour, a eu un frisson suivi de chaleur, après avoir été effrayée par le délire d'une voisine.

Le matin du 2^e jour, malgré une température de 39°, le ventre est souple, les lochies abondantes et normales, l'utérus indolore à 12 centimètres.

Le 3^e jour, lochies abondantes normales, mamelles molles, pas de diarrhée ni de sueurs.

Les 4^e, 5^e, 6^e et 7^e jours, les seins sont tendus, fièvre rémittente; enfant placé en nourrice; aucune localisation pelvienne, retrait régulier un peu lent.

Le 10^e jour, on constate la persistance des signes d'induration tuberculeuse; lochies normales assez abondantes.

Le 12^e jour, chute définitive de la température, amélioration de l'état général.

Diagnostic : Mouvement fébrile réflexe passager par émotion, et fièvre rémittente d'une durée de 7 jours, à la suite de simple tension mammaire. Nous ne croyons pas que la fièvre soit symptomatique de la tuberculose, puisqu'il y avait apyrexie le 1^{er} jour des couches, et que la malade n'a présenté ni sueurs nocturnes, ni diarrhée, symptômes de l'évolution tuberculeuse fébrile. — Pas d'influence sur le retrait qui a présenté une régularité normale.

OBSERVATION XV. — Fièvre réflexe.

Besançon Mélanie, 25 ans, bobineuse, bipare. On diagnostique un bassin justo-minor, et on applique le forceps Tarnier. Accouchement le 11 janvier, à 8 heures du matin, d'un garçon pesant 3000 grammes.

Le 2^e jour, montée du lait, tension mammaire, petit mouvement fébrile passager.

Le 7^e jour, frisson à 9 heures du matin, suivi d'ascension thermique à 40° sans localisation pelvienne. État saburral. Constipation.

Le 9^e jour, nouvelle ascension thermique à 40°; le soir, agitation, délire dans la nuit; selles diarrhéiques involontaires.

Le 10^e jour, soif, inappétence, diminution de la sécrétion lactée, aucune localisation, lochies normales, ventre souple.

Le 11^e jour, la malade dit qu'elle a été effrayée du délire d'une voisine et qu'elle a eu des craintes répétées de devenir malade comme elle. On change cette voisine de lit, et l'accouchée va mieux; la fièvre tombe.

RÉFLEXIONS. — Fièvre réflexe, action nulle sur l'involution.

OBSERVATION XVI. — Fièvre réflexe.

Simon Marie, 37 ans, primipare, salle Saint-Alphonse n° 4, accouche le 29 août 1880, à terme. Délivrance normale ; durée du travail, 8 heures. — Écoulement de sang assez abondant post partum, par inertie utérine légère. Utérus à 13 centimètres.

Le 3^e jour, lochies fétides, utérus indolore à 11 centimètres. Élévation de la température précédée de frissons et suivis de sueurs. Insomnie. Langue sèche. Lochies devenues normales peu abondantes le 5^e jour.

Fièvre continue jusqu'au 16^e jour, inefficacité du sulfate de quinine donné du 7^e au 11^e jour. Retour rapide à la santé, retrait normal.

RÉFLEXIONS. — Ce n'est pas une fièvre puerpérale en raison de l'absence d'un état général grave ; ce n'est non plus une fièvre continue dont elle présente l'évolution thermique, mais dont elle n'a ni le début, ni la marche ; de plus, il n'y a eu ni diarrhée, ni prostration des forces.

Mais la malade a eu sans cesse des préoccupations ; elle a dû se séparer de son enfant placé en nourrice, ce qui lui a causé une vive émotion.

OBSERVATION XVII. — Fièvre puerpérale.

Toulon Augustine, 48 ans, domestique, primipare, salle Saint-Alexis n° 4, accouche le 8 février 1880, au terme de 8 mois 1/2.

Les 6 premiers jours, marche ascendante de la température correspondant à une tension mammaire ; la mère nourrit l'enfant.

Le 7^e jour, dans la soirée, frisson suivi de chaleur, douleur dans le sein droit, insomnie, anorexie, soif, mamelles pleines de lait.

Le 8^e jour, on constate un peu de rougeur autour des mamelles, engorgement dans la partie supérieure de la glande.

Le 9^e jour, la mère a cessé d'allaiter du côté droit, l'engorgement du sein droit se dissipe ; mais l'anorexie persiste avec céphalalgie ; les sécrétions lochiale et lactée diminuent. Diarrhée de 2 à 5 selles les jours suivants avec insomnie et agitation nocturne, état saburral, ventre souple, insensible. Le 15^e jour, le retrait utérin est terminé.

L'état de la femme reste grave ; subdélirium la nuit, diarrhée, langue sèche. L'enfant meurt de sclérème le 17^e jour.

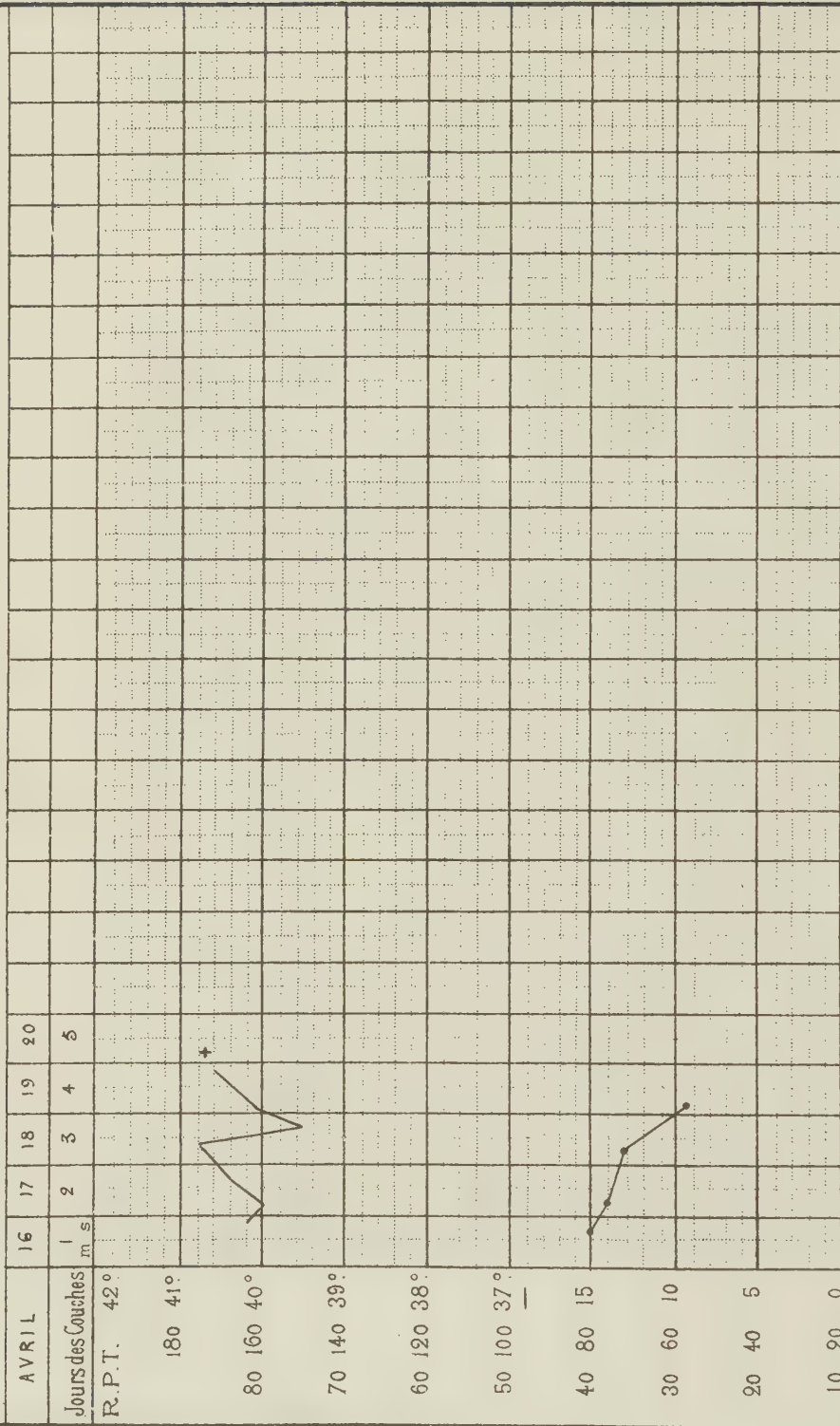
Le 18^e jour, la température tombe de 40 à 37° ; les jours suivants, fièvre rémittente avec amélioration rapide de l'état général.

Diagnostic : Fièvre puerpérale ayant débuté le 8^e jour par nouvelle ascension thermique et diminution des sécrétions lactée et lochiale ; aucune action marquée sur le retrait utérin ; aucune localisation pelvienne.

N° 2 Salle St Alexis JACQUOT Madeleine PL III

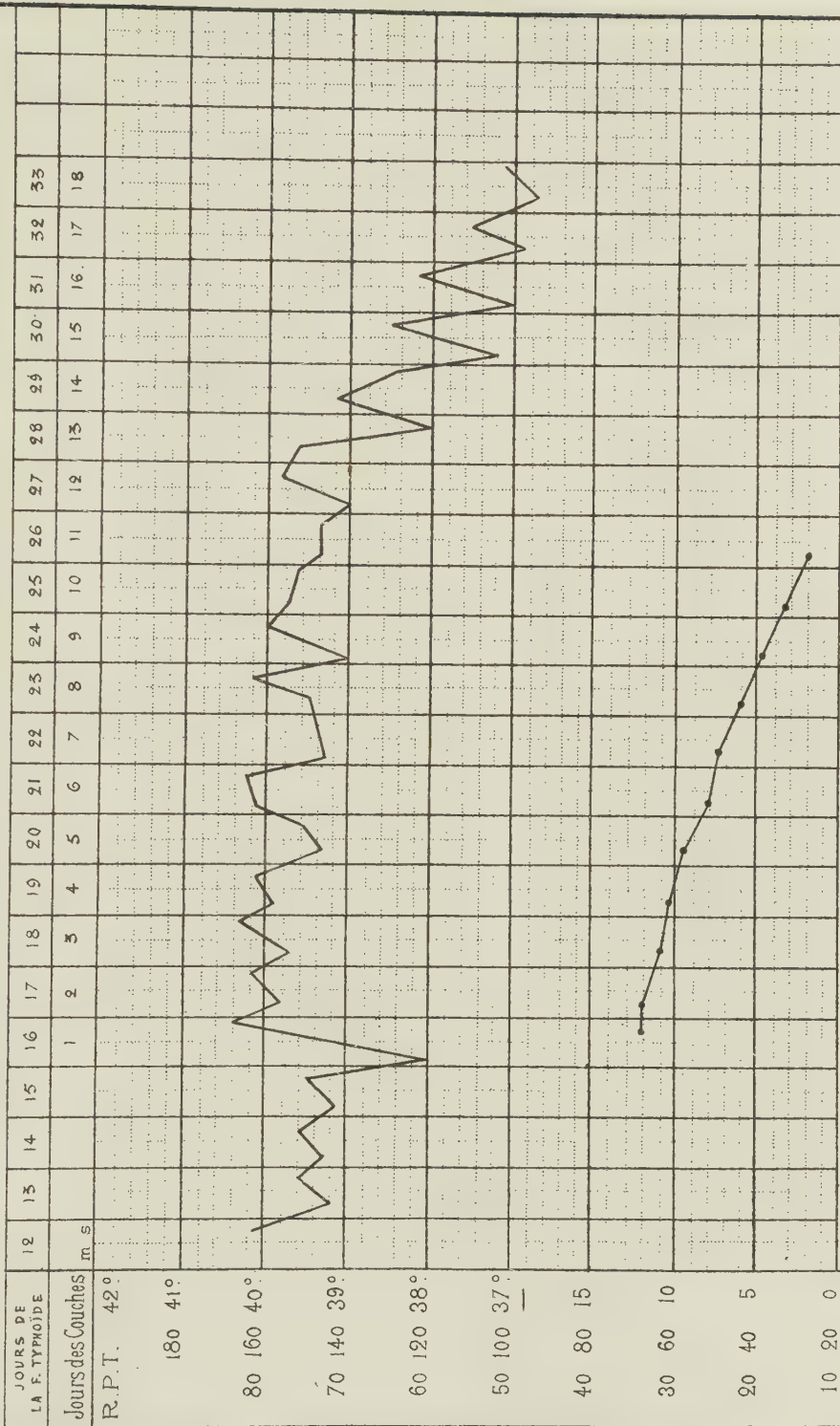
Retrait normal

Pneumonie



† MORT A 3 H. DU MATIN.

N° 18 Salle St^e Françoise M. B. 19 ans Fièvre typhoïde Retrait normal PL IV



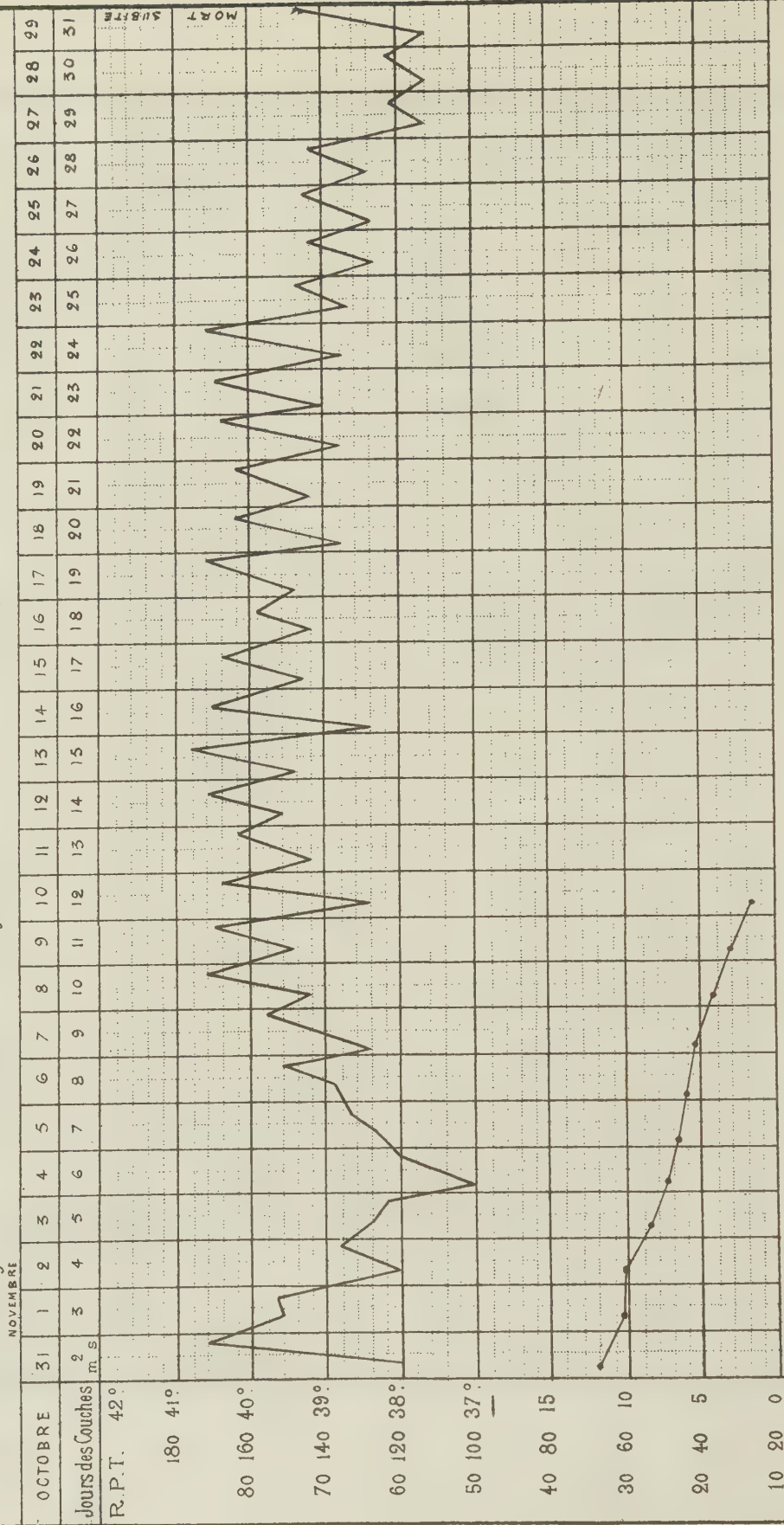
N°6 Salle St Eugène

BERTIN Marguerite

Fièvre typhoïde

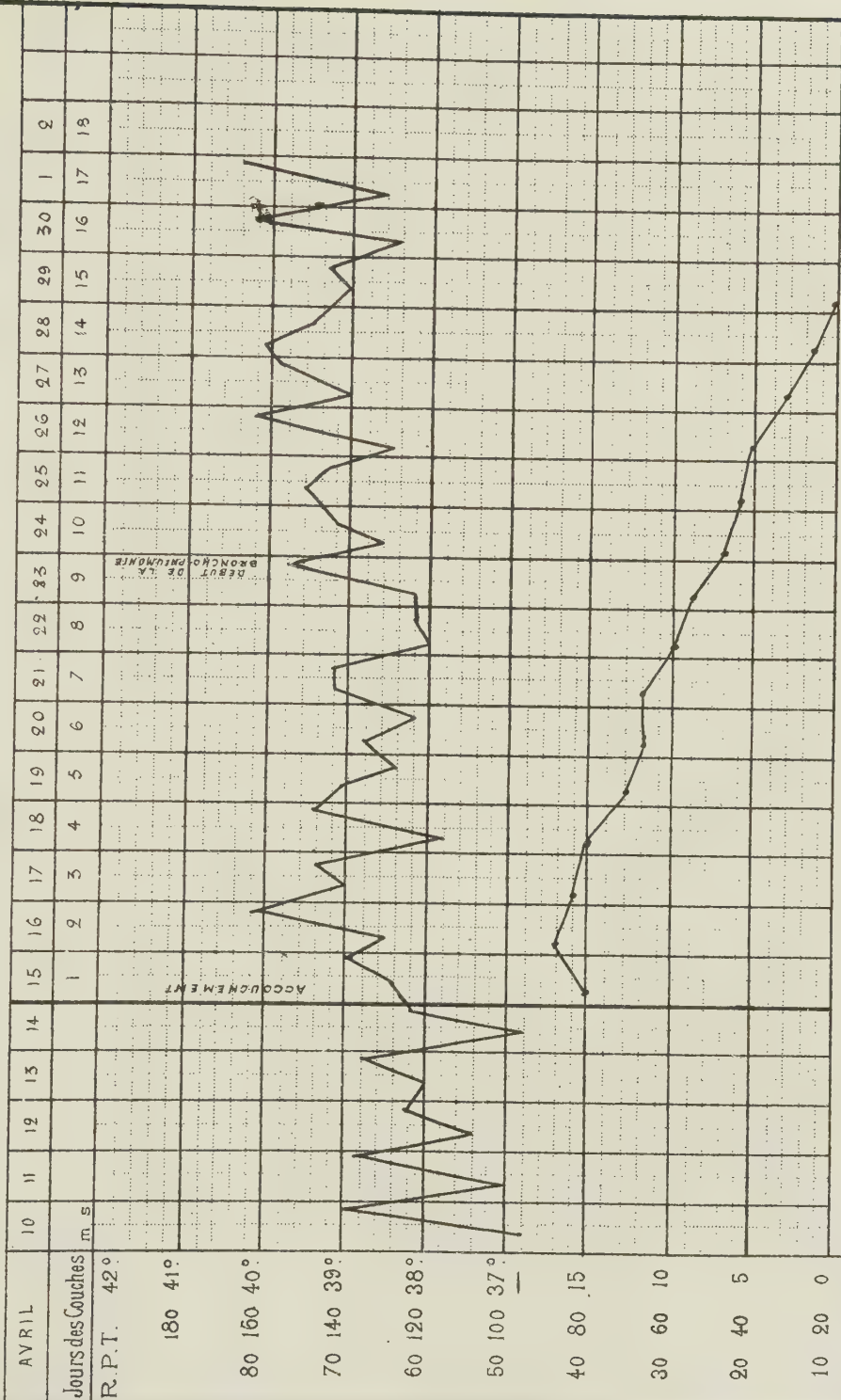
Retrait normal

PL V



N° 7 Salle St Charles Constance COLSON Éclampsie - Broncho-pneumonie mortelle Retrait lent normal

PL VI



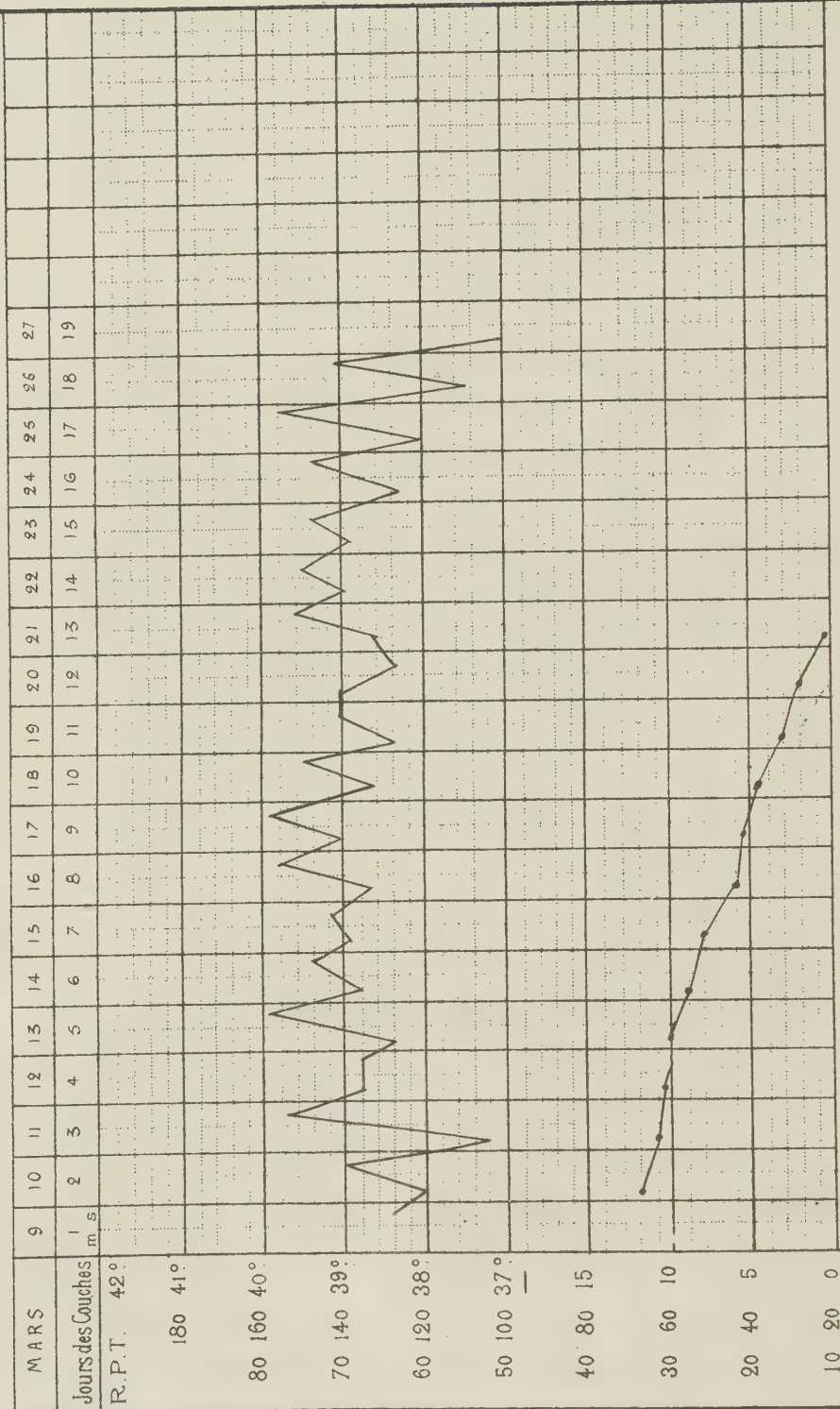
† MORT A 8 H. DU MATIN.

Retrait normal

Abcès multiples du sein droit
Ulcération gangréneuse de la Fourchette

Eugénie LECOQ

N° 4 Salle St Eugène



N°5

Salle St-Alphonse

PICORÉ

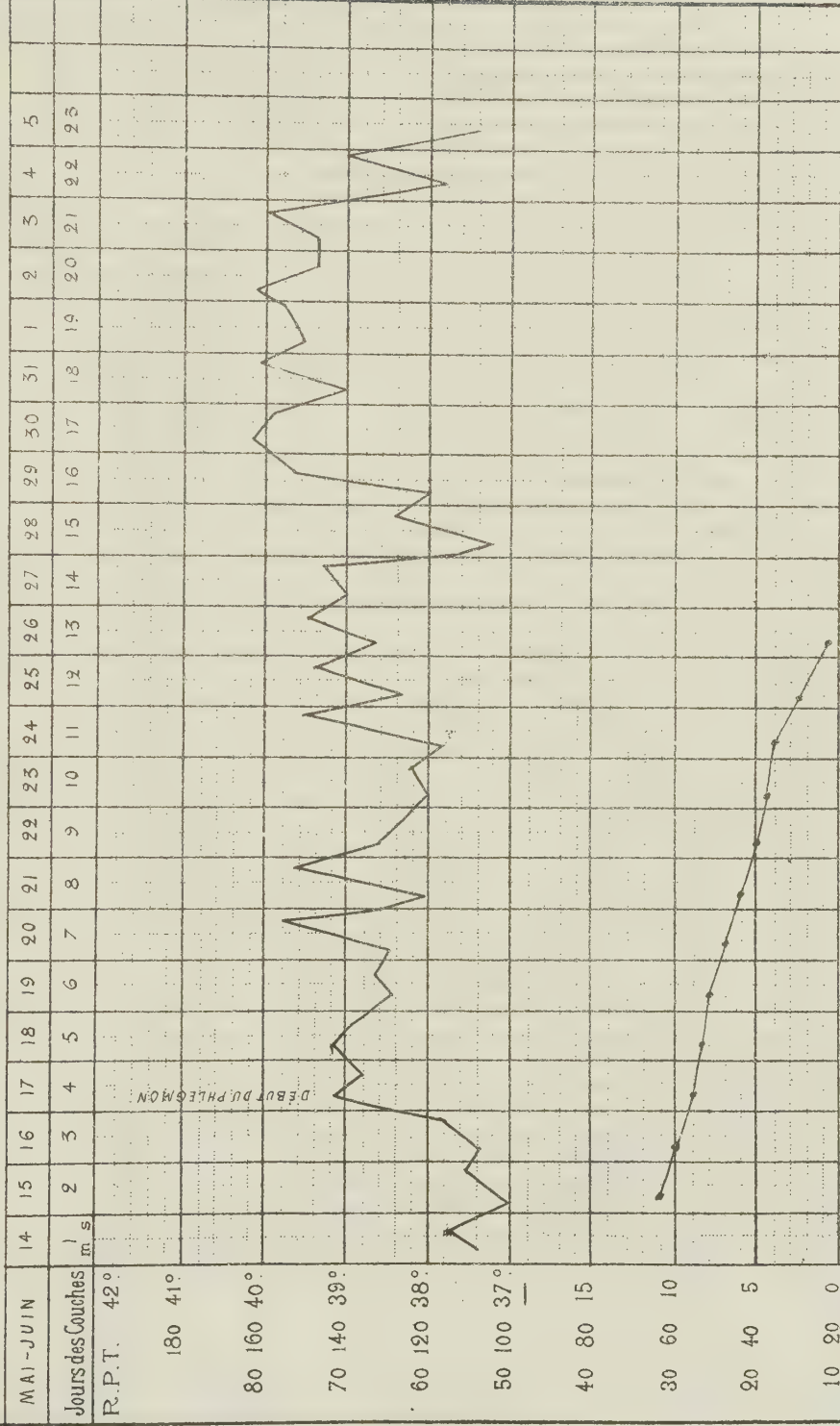
Clotilde

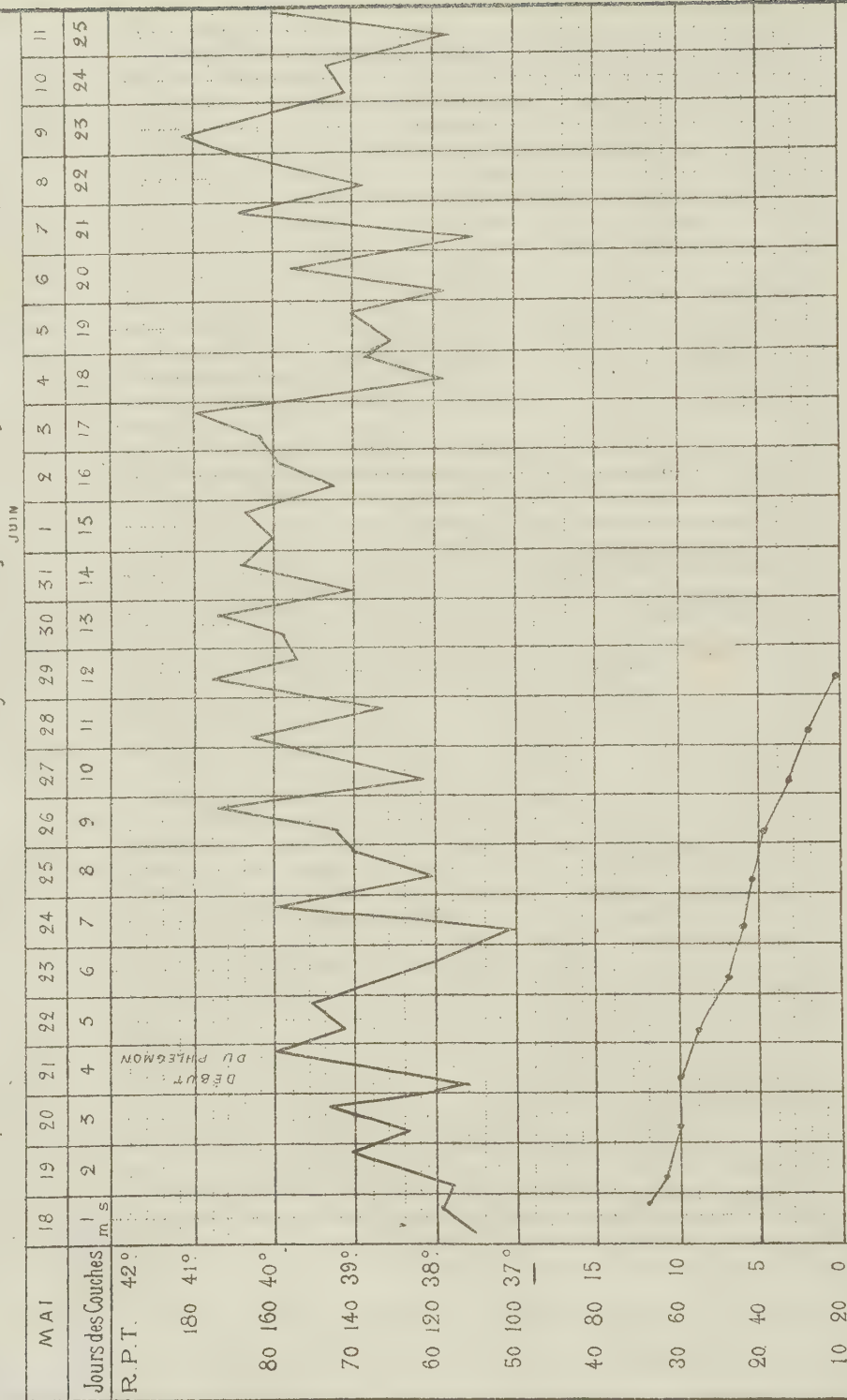
Phlegmon

des ligaments larges

Retrait régulier

PL VIII





N°3

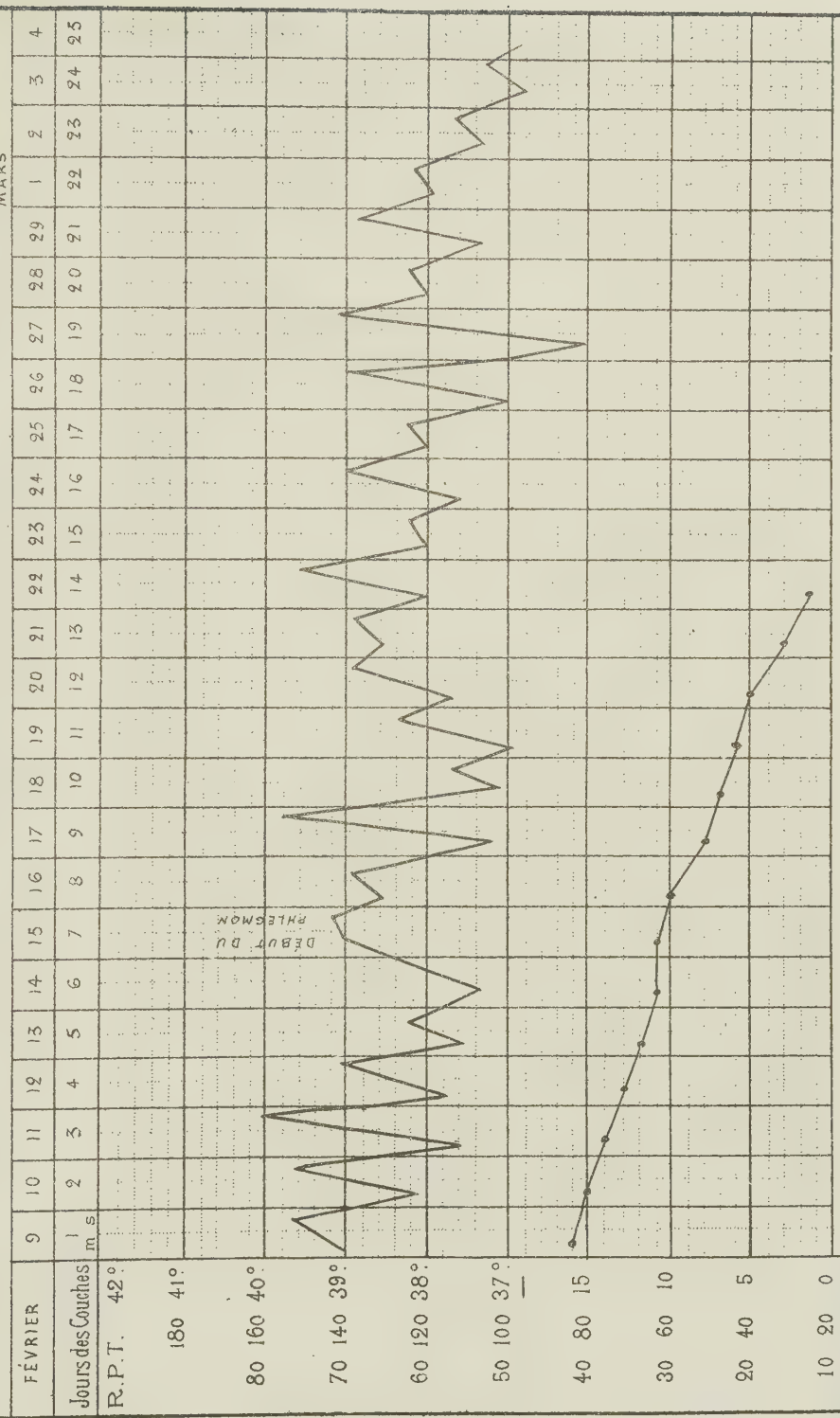
Salle St Joseph

LINDER Julie

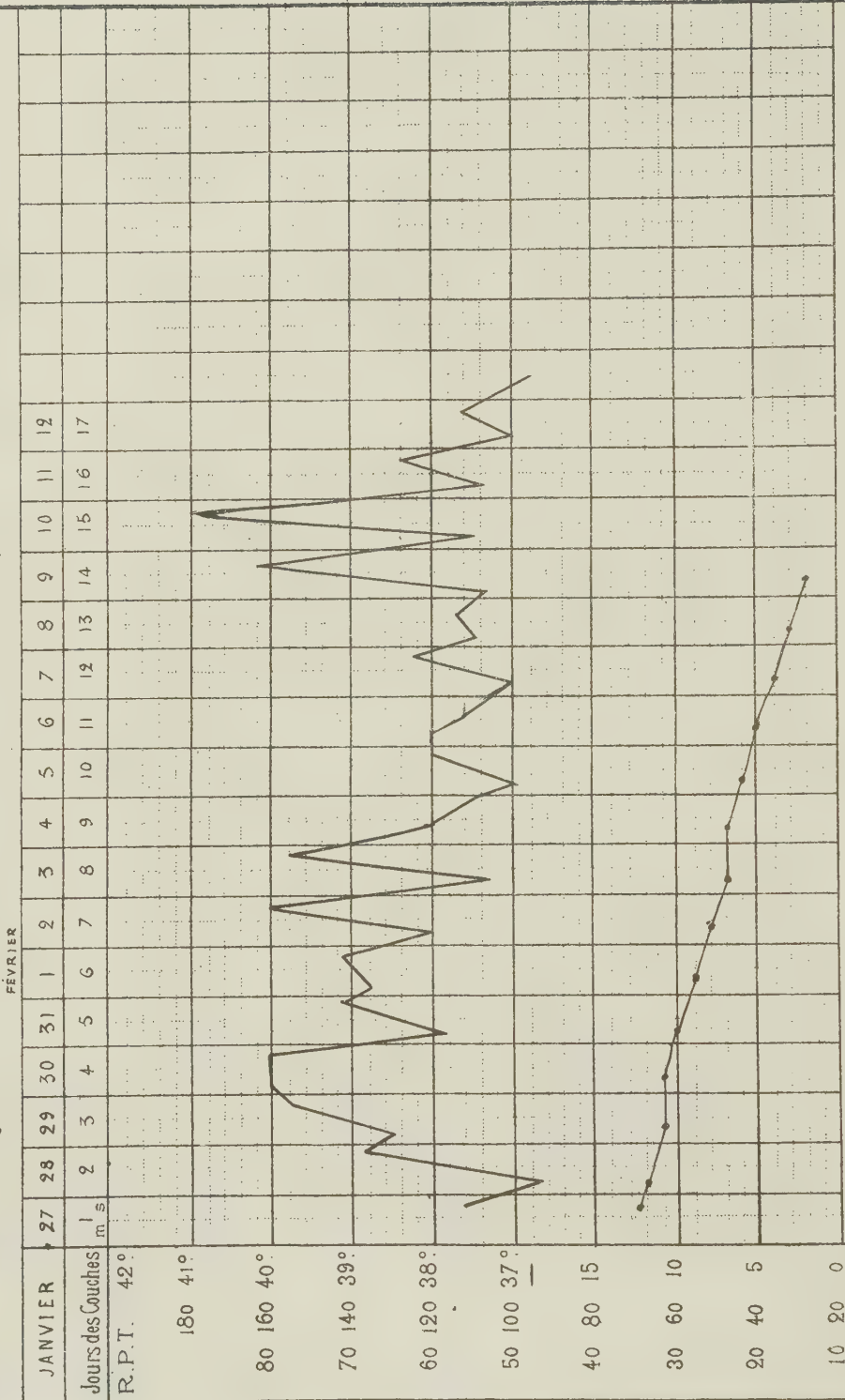
Phlegmon des ligaments larges

Retrait lent régulier

PI, X



N° 5 . Salle S^t Eugène Louise VAUTRIN Fièvre septique Retrait lent normal



N°5

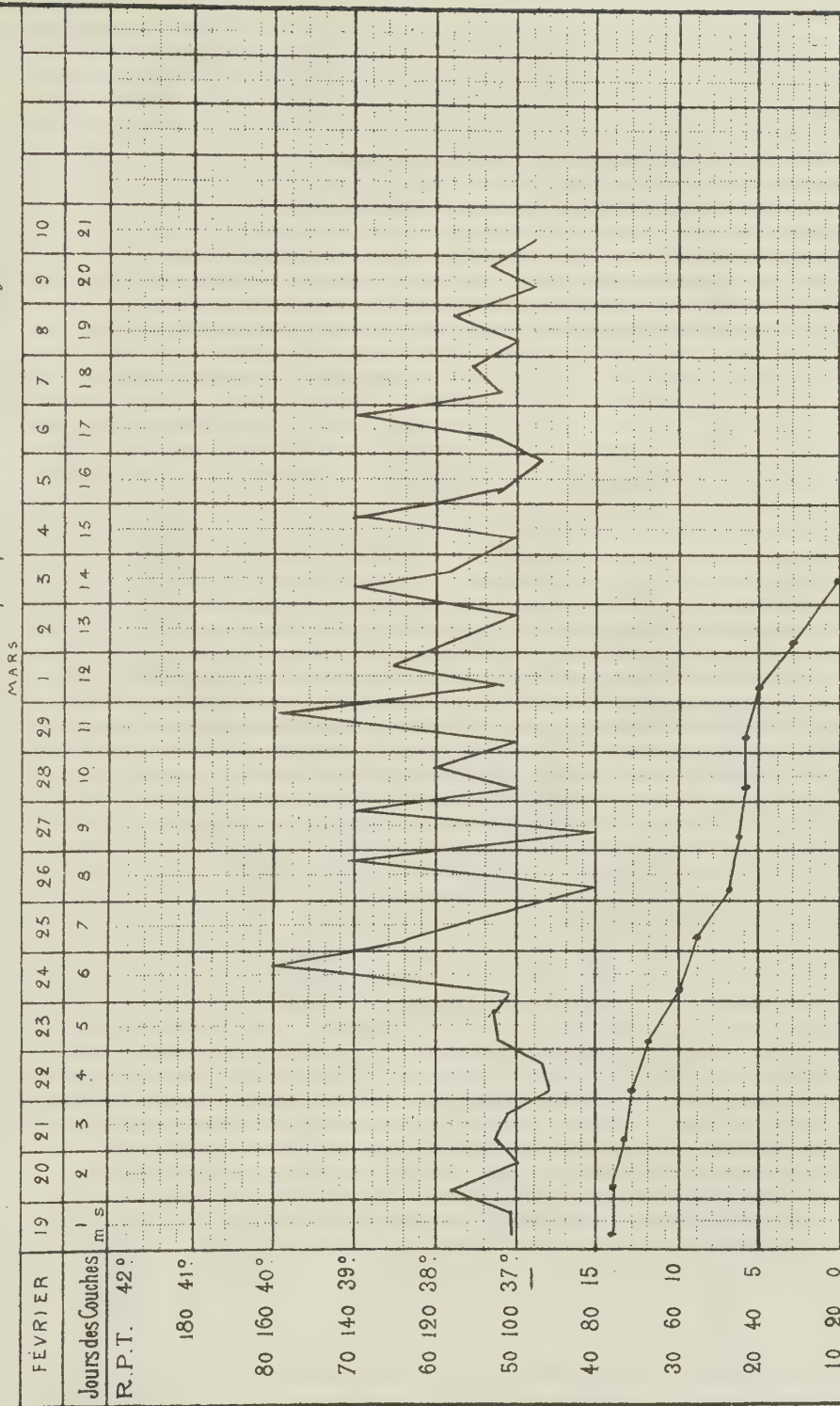
Salle St Alexis

MERLIN Anna

Fièvre septique

Retrait régulier lent

PL XII



N° 4

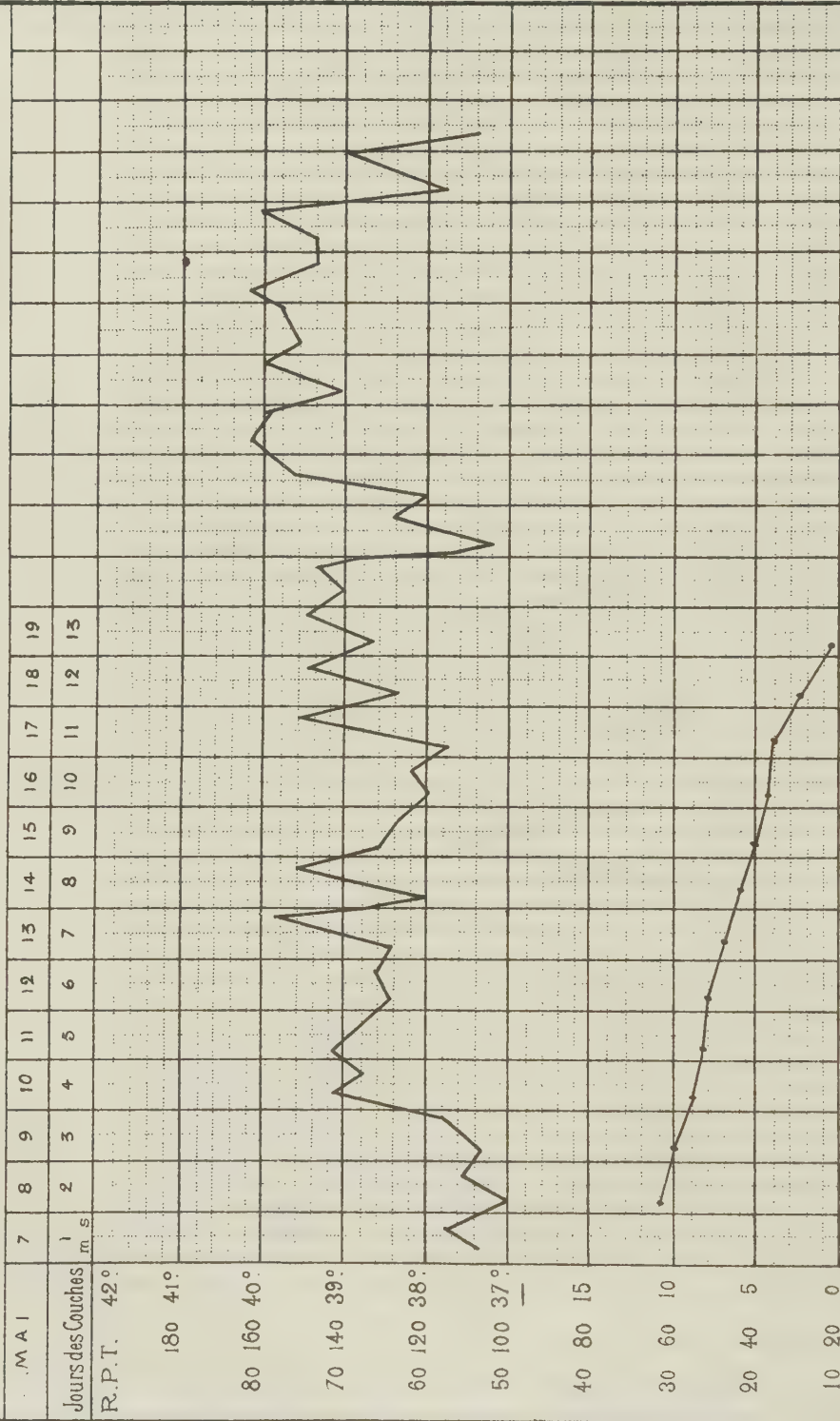
Salle St Alexis

STEVENS Catherine

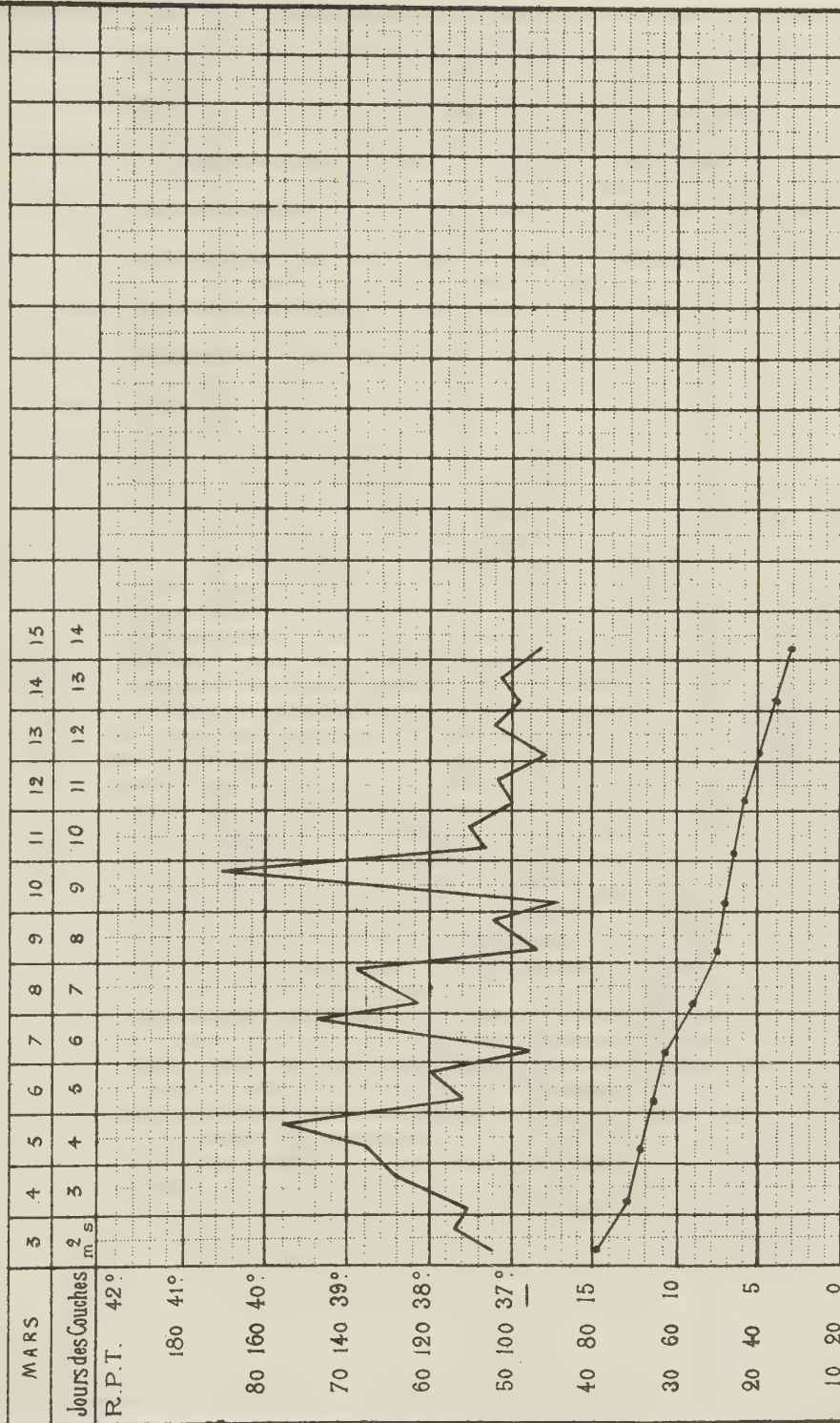
Fièvre septique

Retrait rapide

PL XIII



N° 2 Salle St Alexis Marie CHARTREUSE Fièvre septique Retrait lent régulier



N° 2

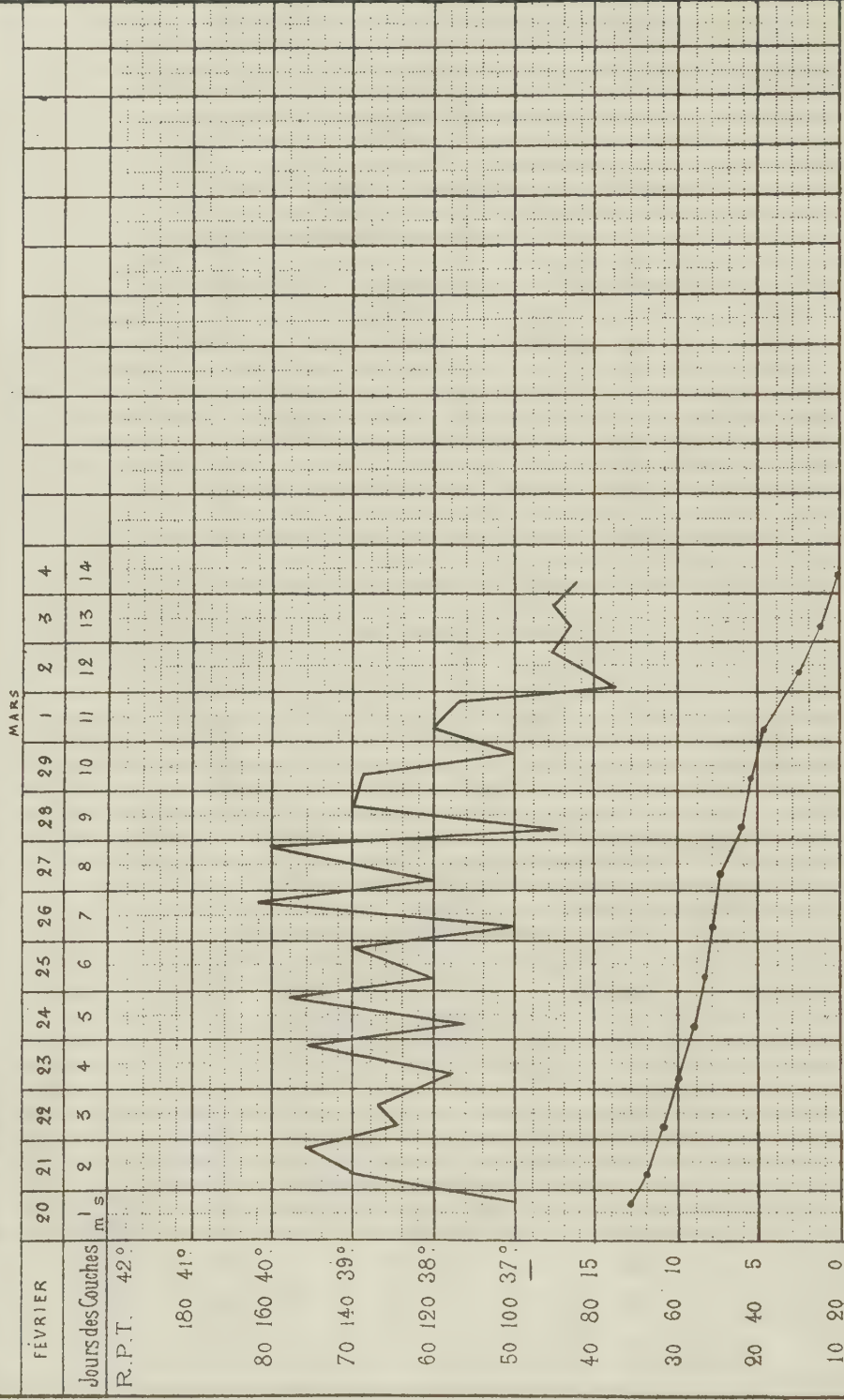
Salle St-Alexis

Barbe HENRY

Fièvre réflexe

Retrait normal

PL.XV



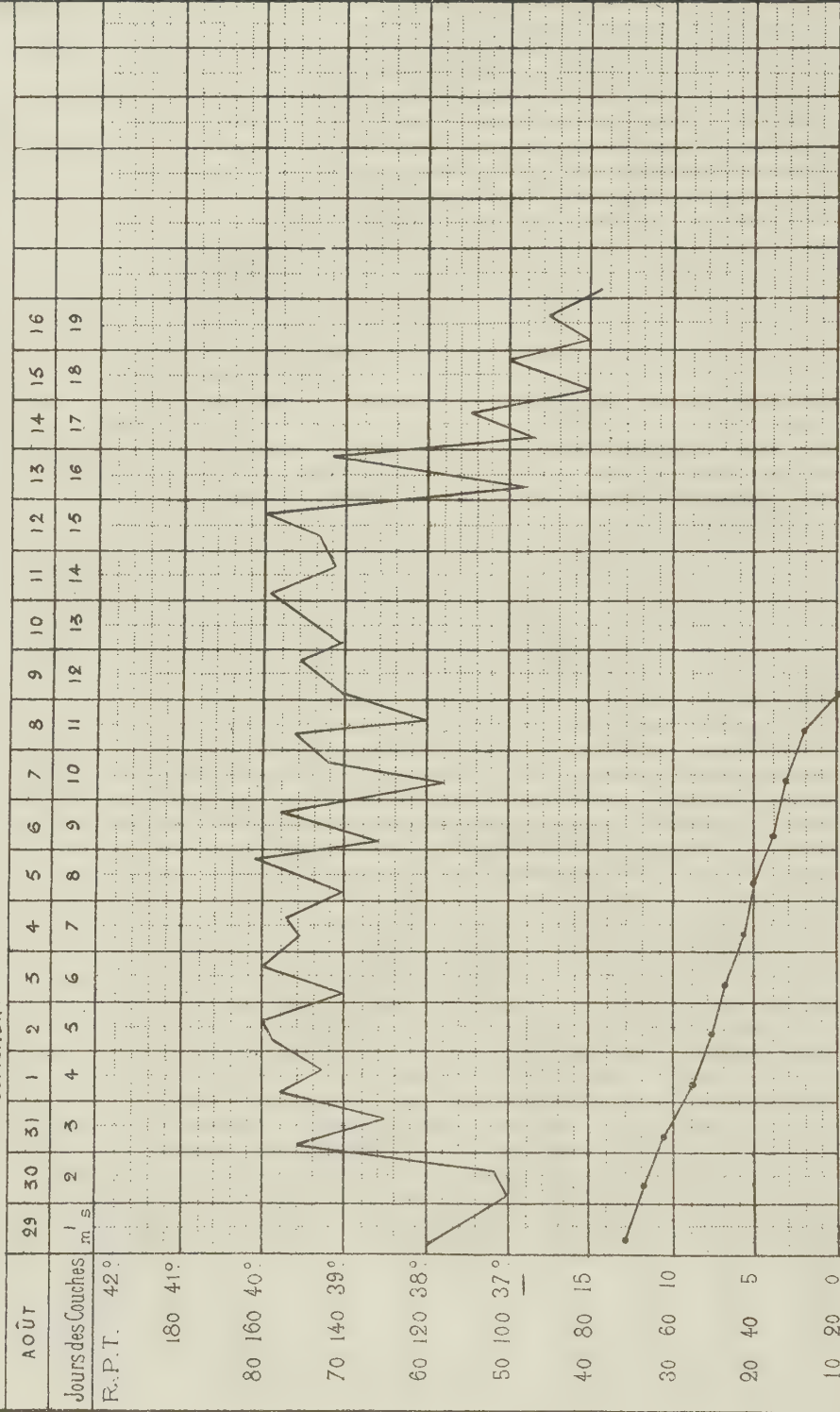
N^o 1Salle S^t Alphonse

SEPTEMBRE

Fièvre septique

Retrait normal

PLXVII



N° 4

Salle St Alexis

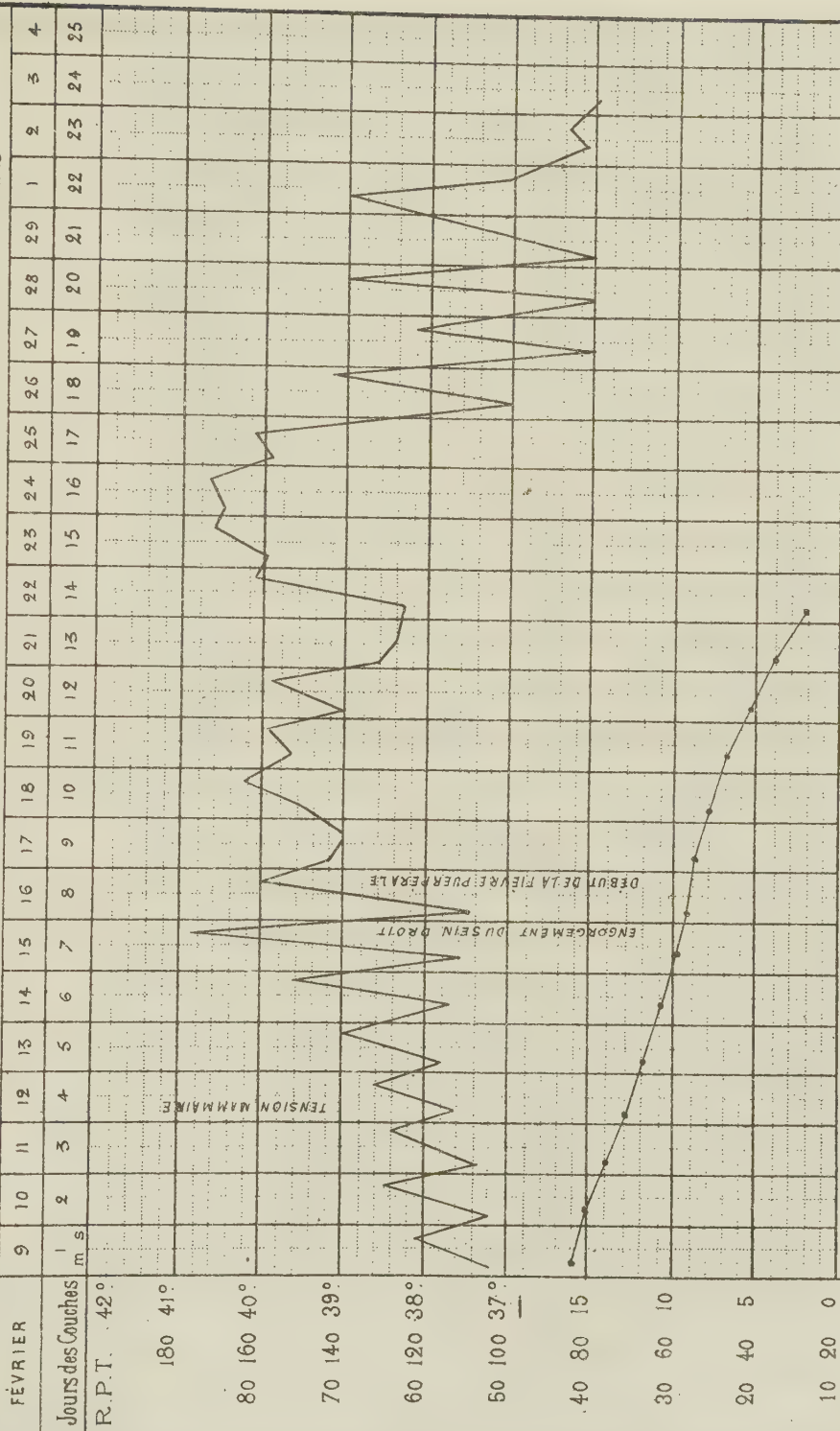
TOULON Augustine

Fièvre puerpérale

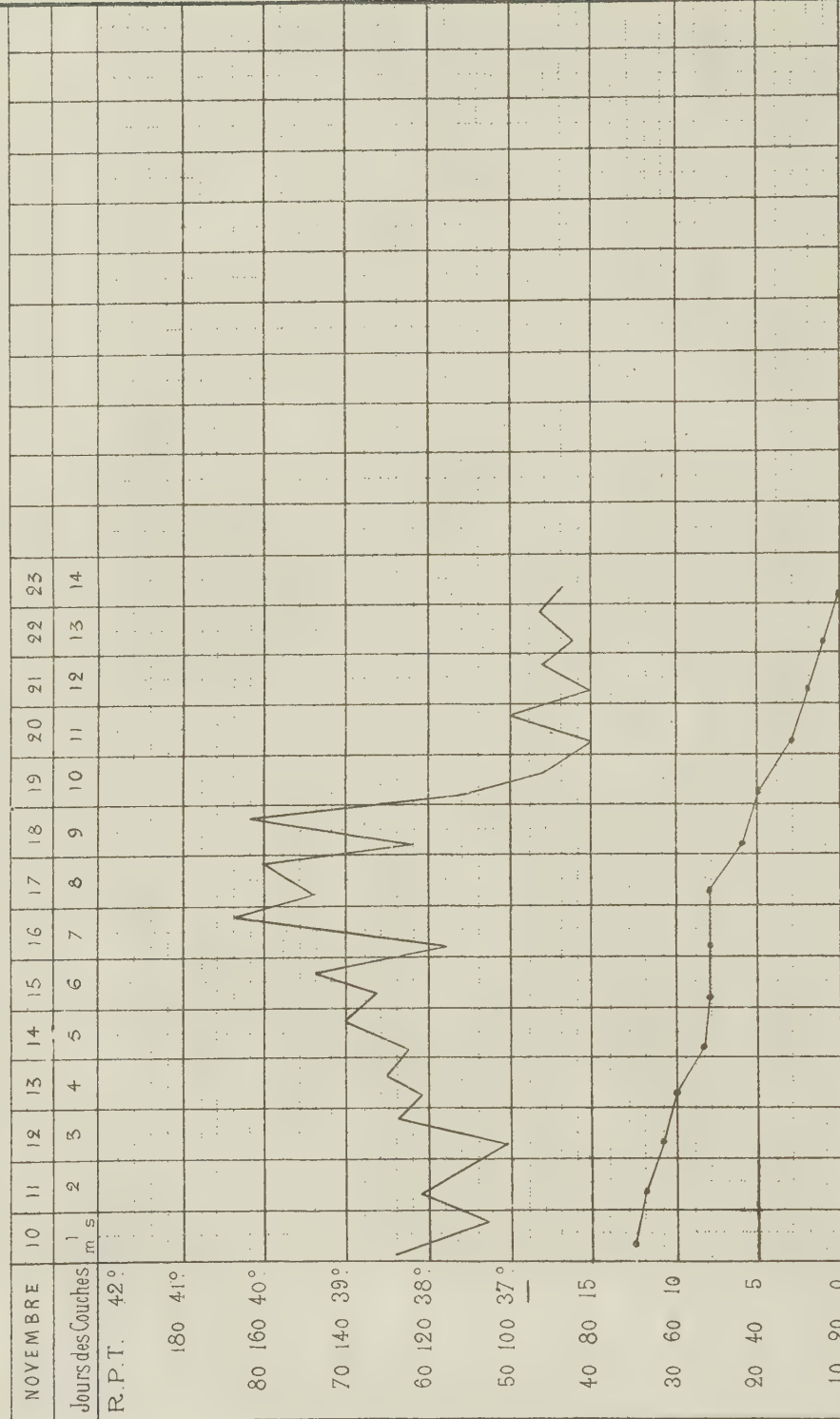
Retrait lent normal

PL. XVIII

MARS



N^o 2 Salle St Eugène Prosperine HOUILLOON Fièvre septique Arrêt d'involution



N^o 4

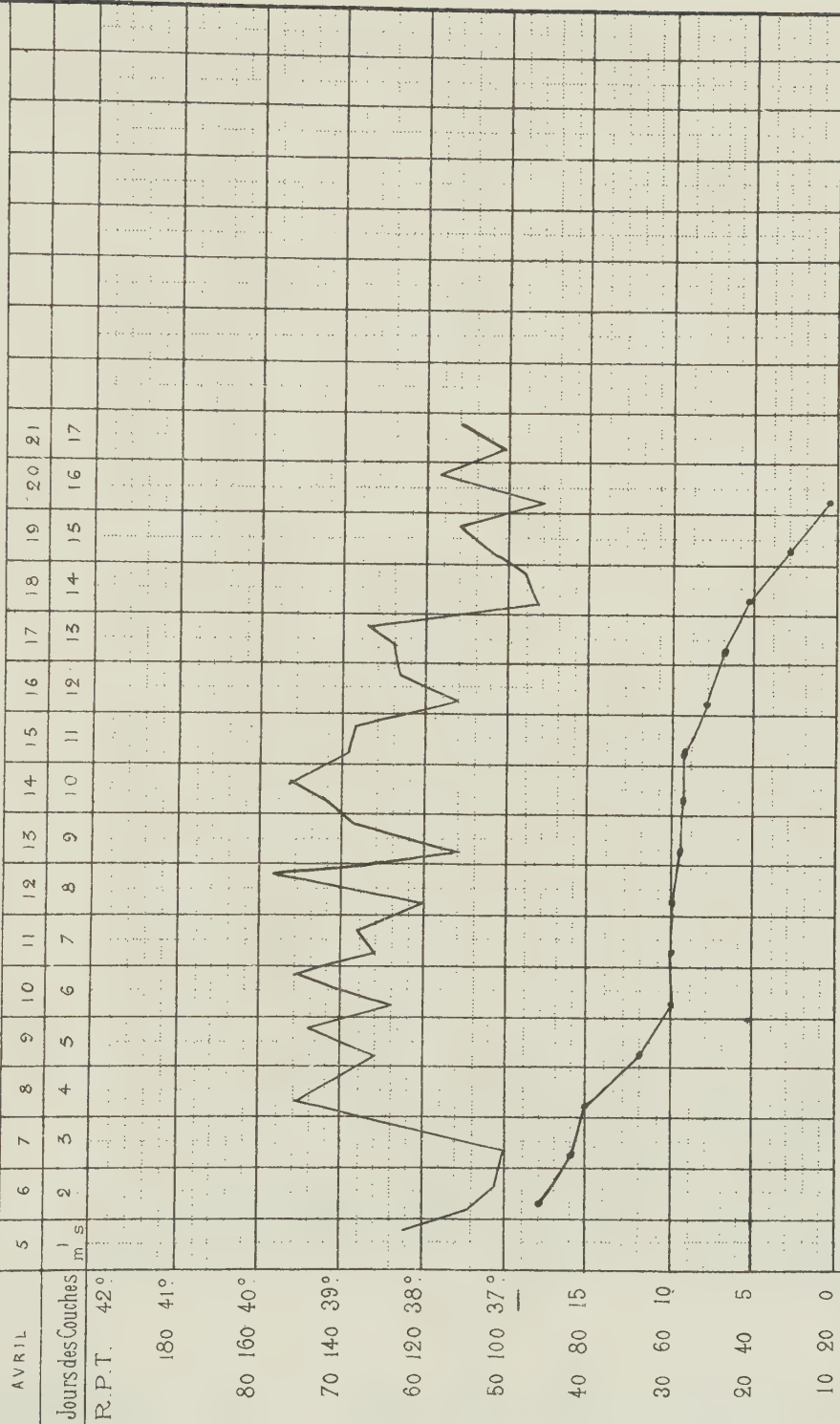
Salle St Alexis

Henriette KRÉTZER.

Fièvre septique.

Arrêt d'involution.

PL. XXII



N^o 2

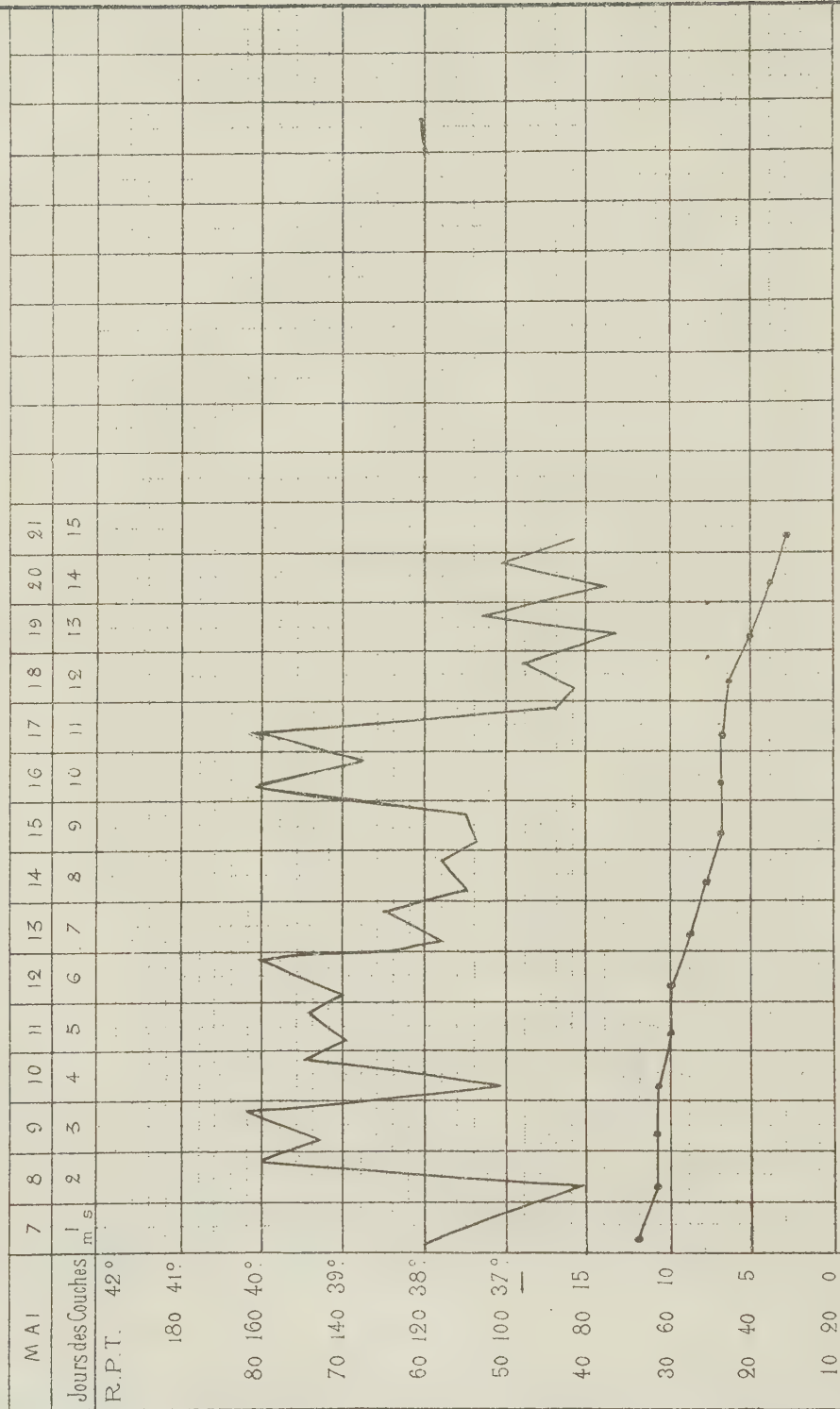
Salle St Alexis.

Dorothee CONGLOFF.

Fièvre septique.

Petits arrêts d'involution.

PL. XXIII



N° 3

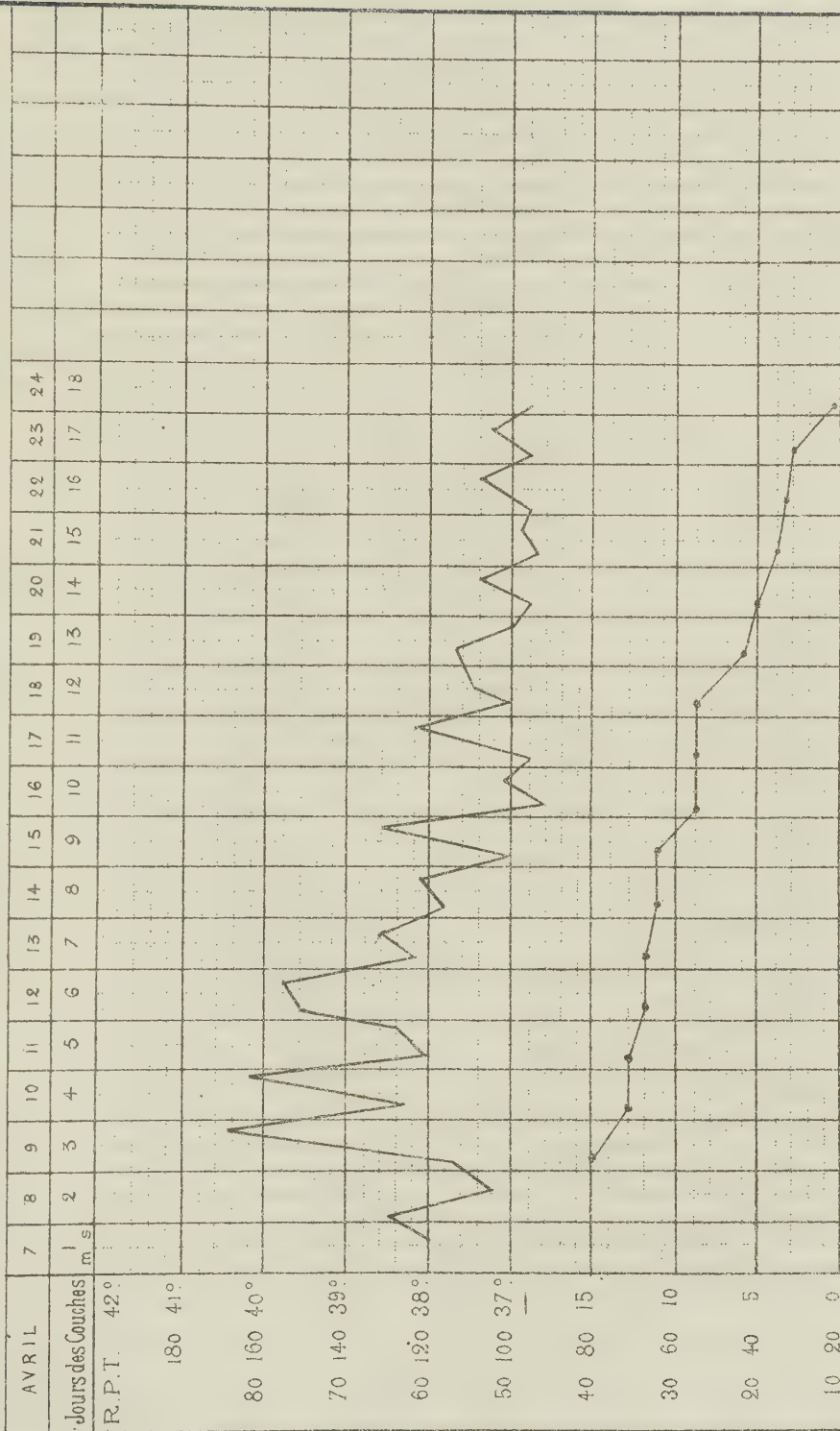
Salle St Charles

Marie HASSE.

Fièvre septique

Retrait lent irrégulier avec petits arrêts

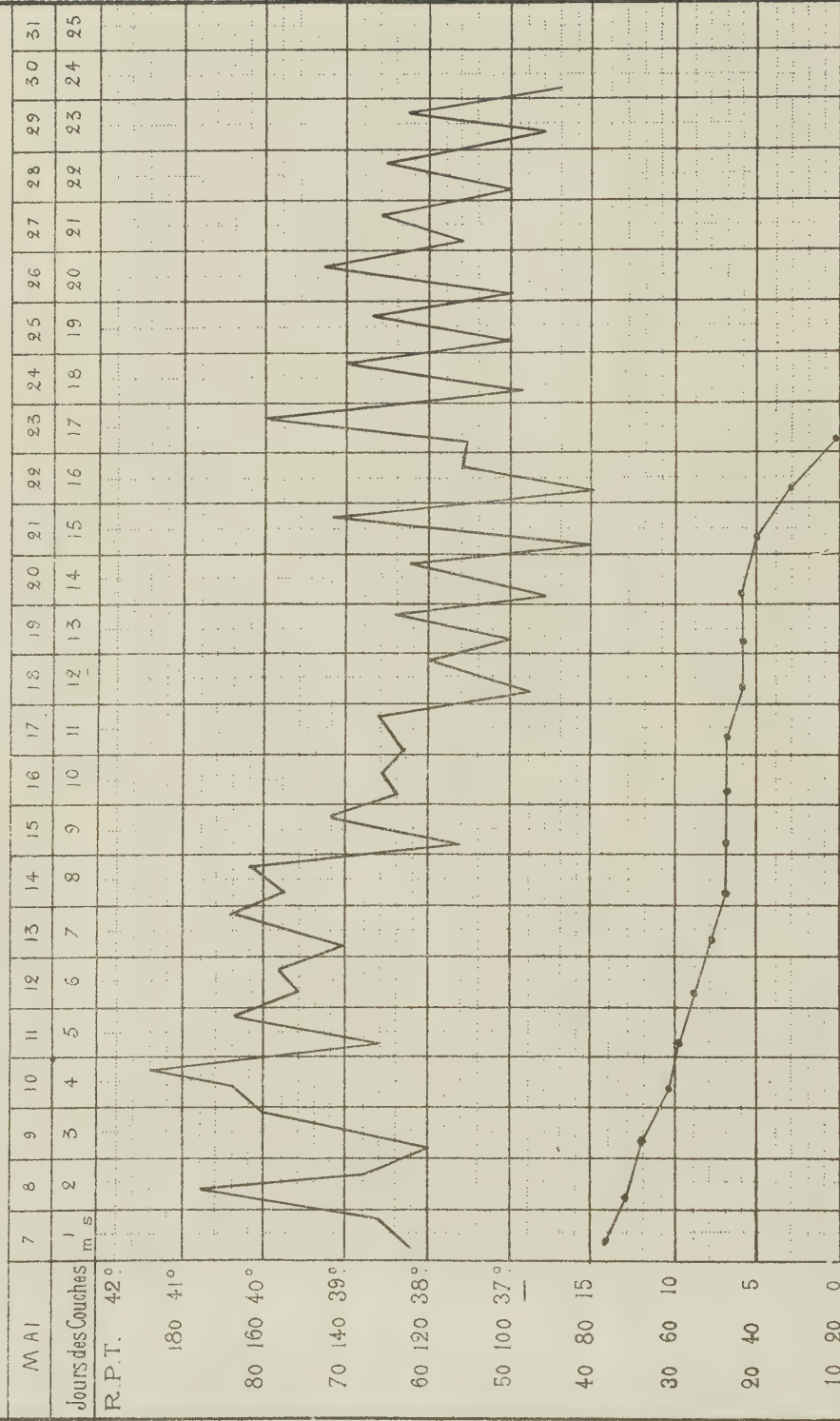
PL. XXIV



N° 4.

Salle St Eugène. MARTIN Louise. Fièvre septique. Arrêts d'involution.

PL.XXV



N° 4

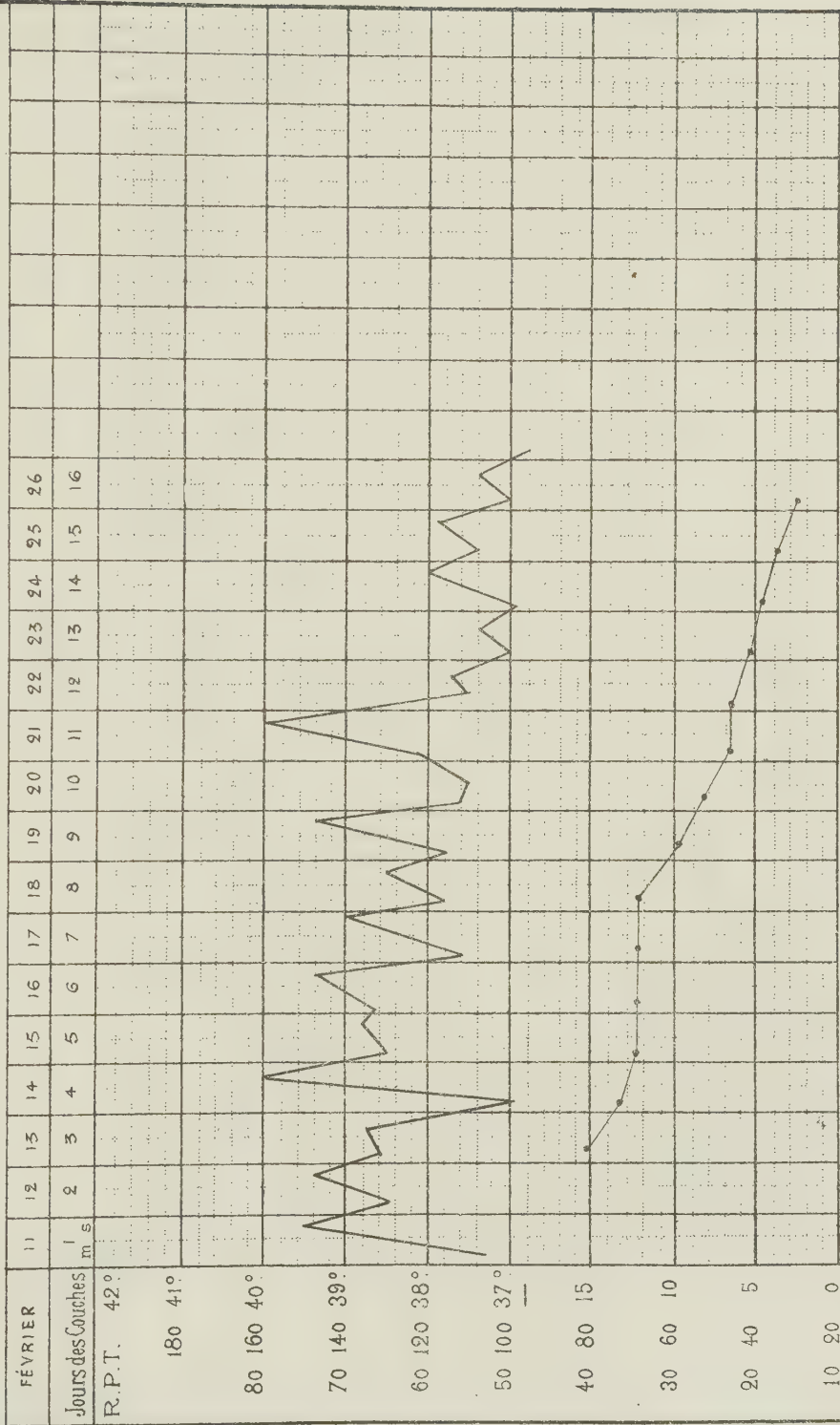
Salle S^t Eugène

WEISS Rosalie

Fièvre septique

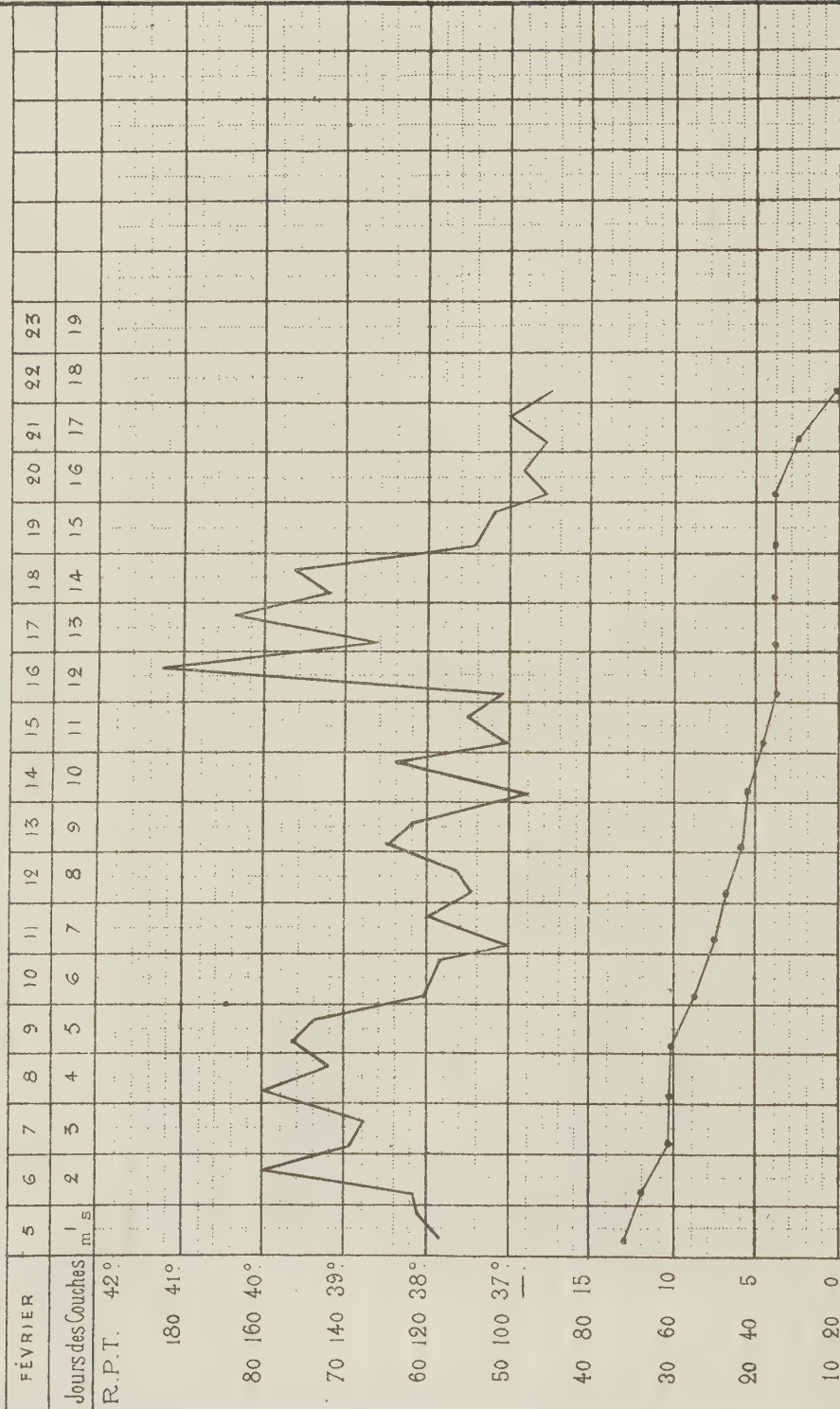
Arrêt d'involution

PL XXVI



N^o I Salle St Joseph ERARD Madeleine Fièvre septique Arrêt d'involution

PL XXVIII



N°3

Salte St. Joseph

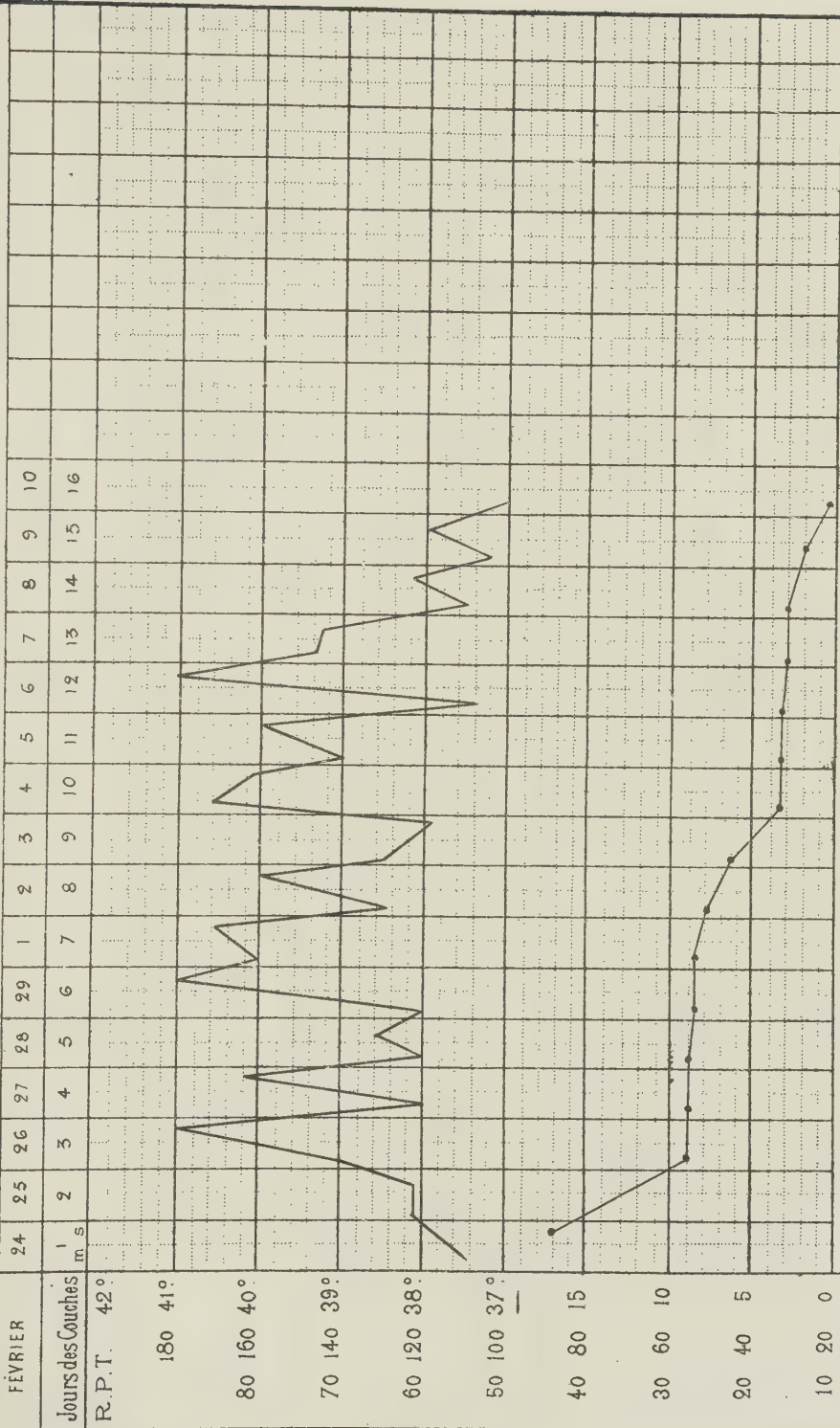
METZLER Catherine

Fièvre puerpérale

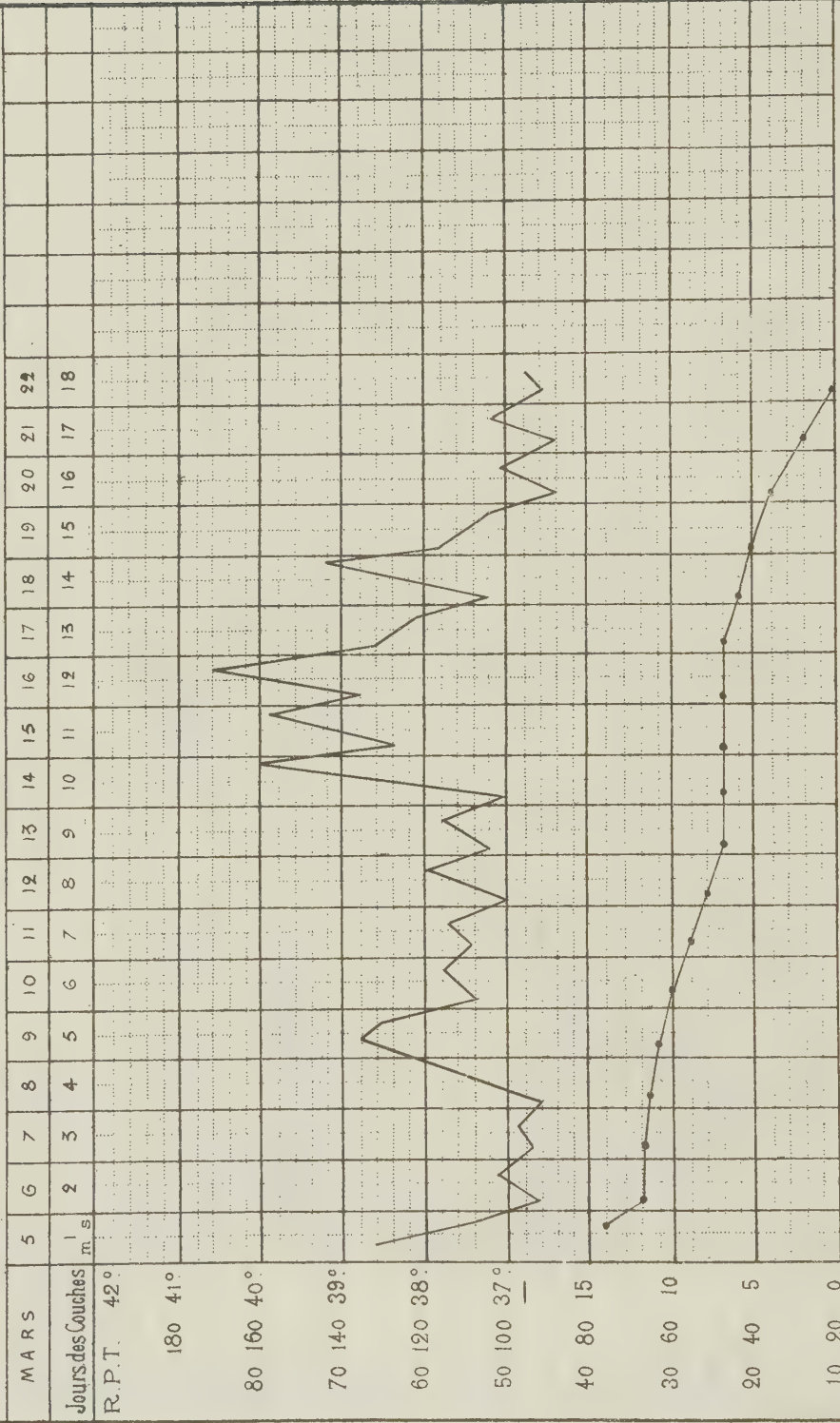
Appet d'involution

PLXXVIII

MARS



N° 2 Salle St Charles POIGNON Marguerite Fièvre puerperale Arrêt d'involution



N° 2

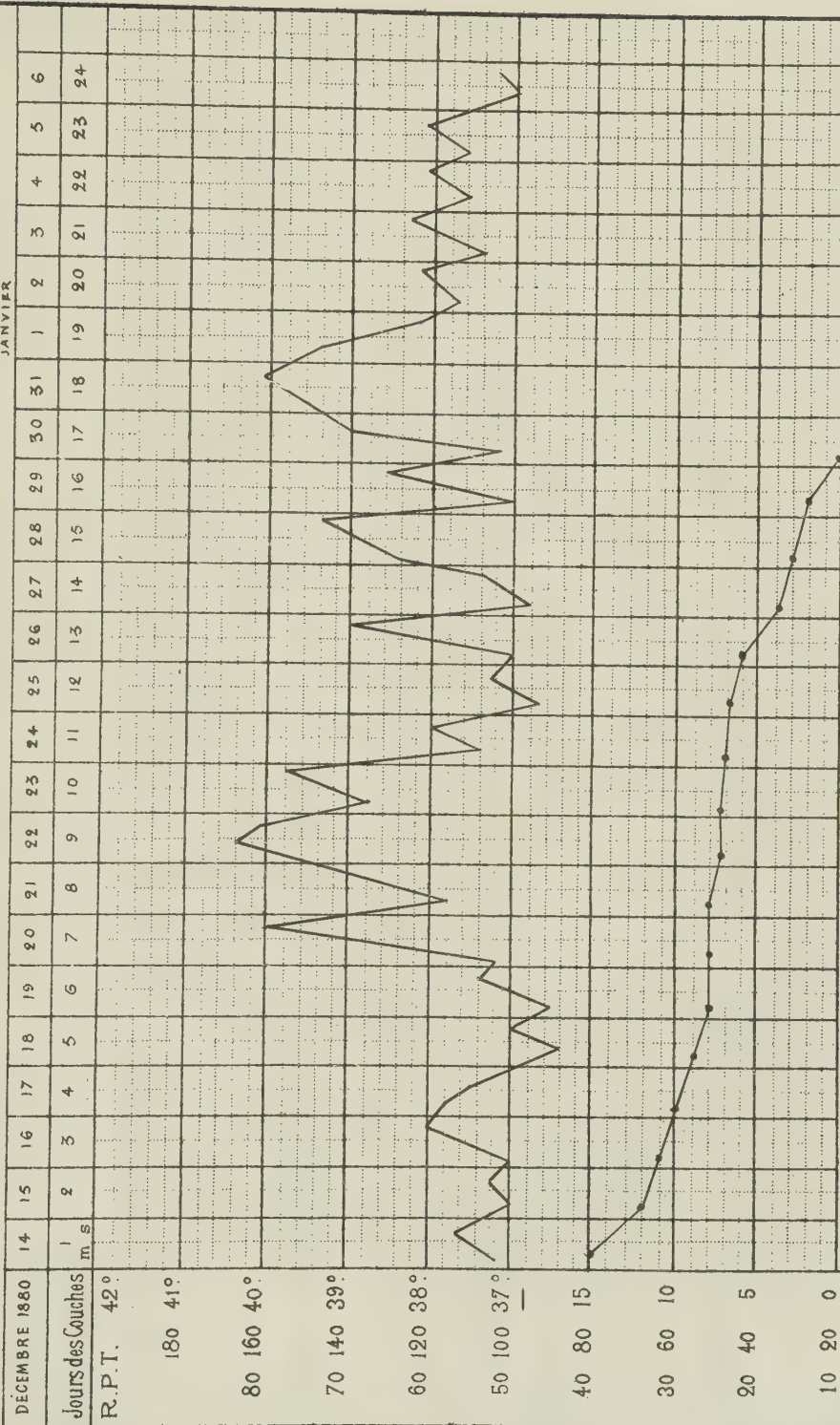
Salle St Eugène

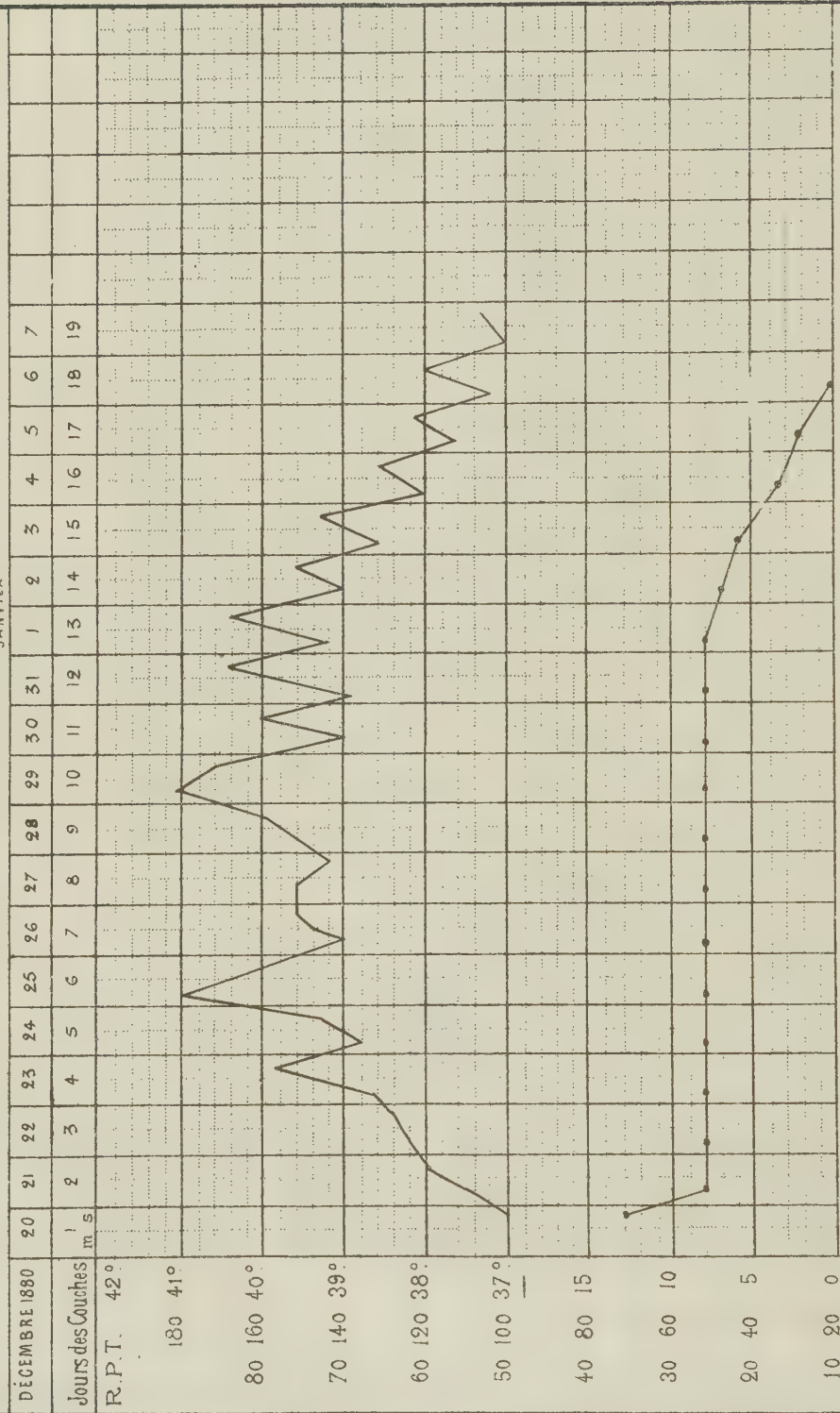
MOUCHOT Joséphine

Fièvre puerpérale

Arrêt d'invololution

PL XXX





N° 3

Salle St Alexis

MATER Marie

Fievre puerperale

Arrêt d'involution

PLXXXII

FÉVRIER

JANVIER 1881

Jours des Couches

R.P.T. 42°

180 41°

80 160 40°

70 140 39°

60 120 38°

50 100 37°

40 80 15

30 60 10

20 40 5

10 20 0

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

N° I

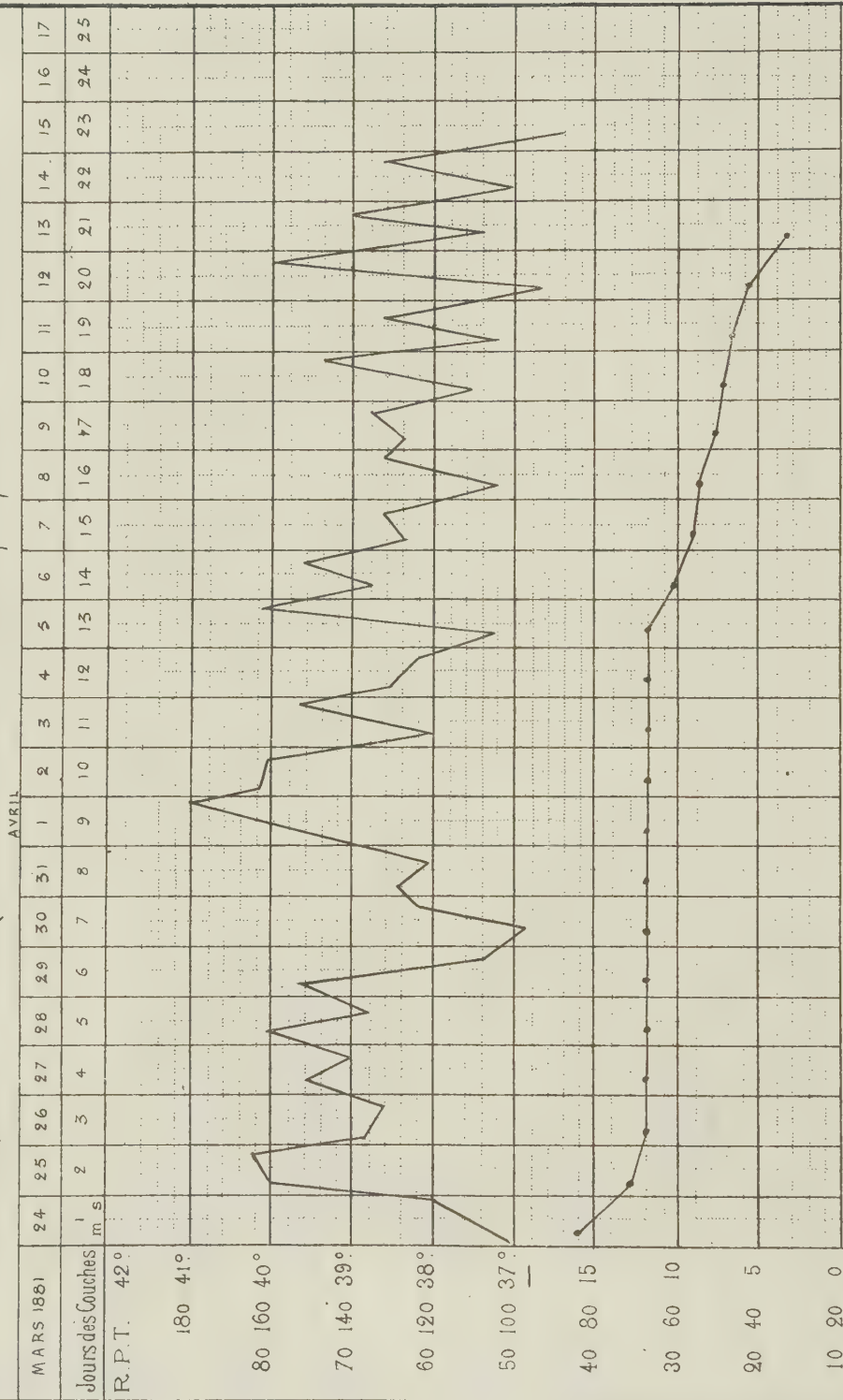
Salle St Eugène

LÉVÊQUE Marie-Louise

Fièvre puerpérale

Arrêt d'involution

PLXXXIII



N° 4

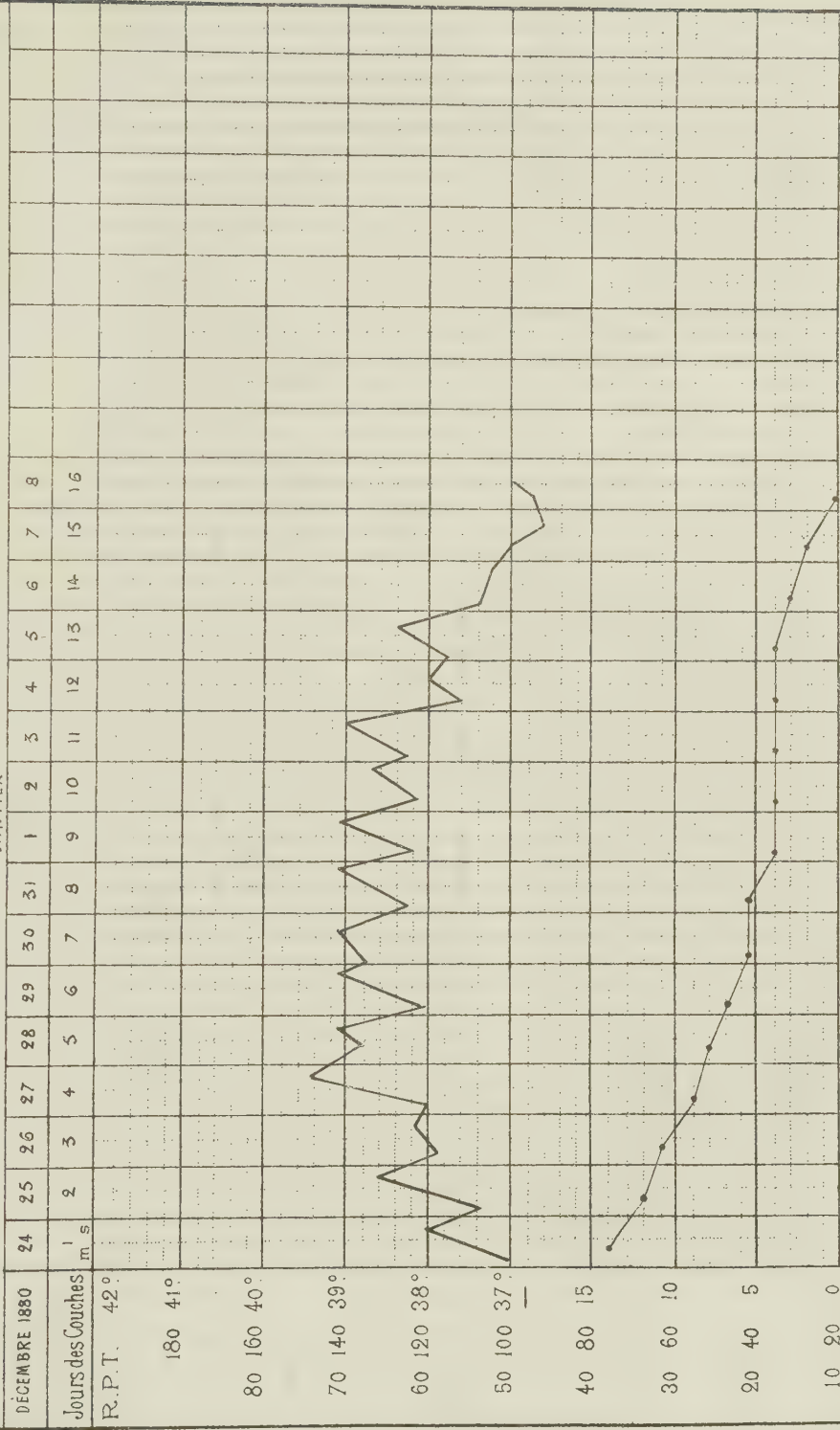
Salle St Joseph

Anna BOUY

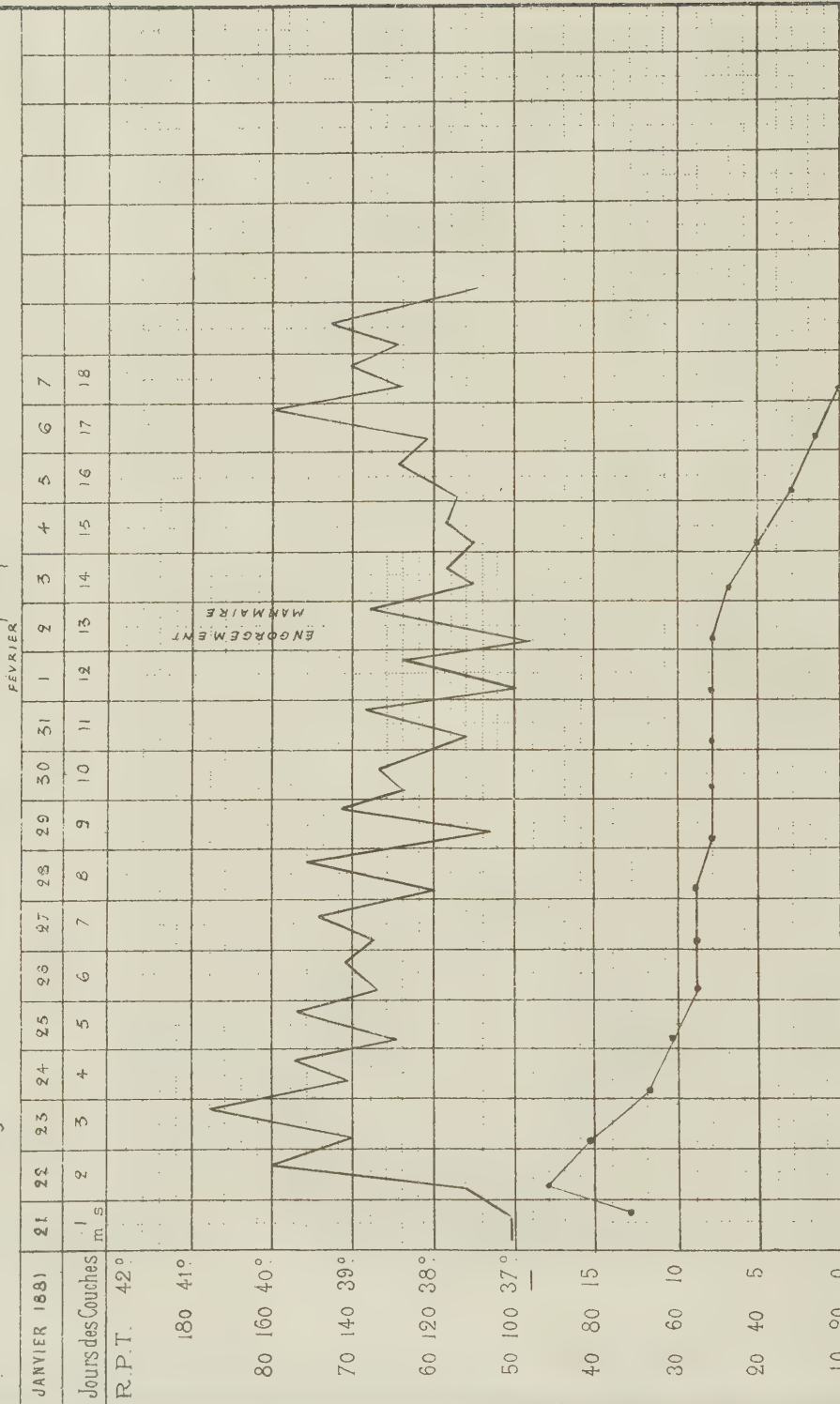
Fièvre puerpérale

Arrêt d'involution

PLXXXIV



N^o 4 Salle St Eugène SCHMIDT Louise Fièvre puerpérale Arrêt d'involution



N° I

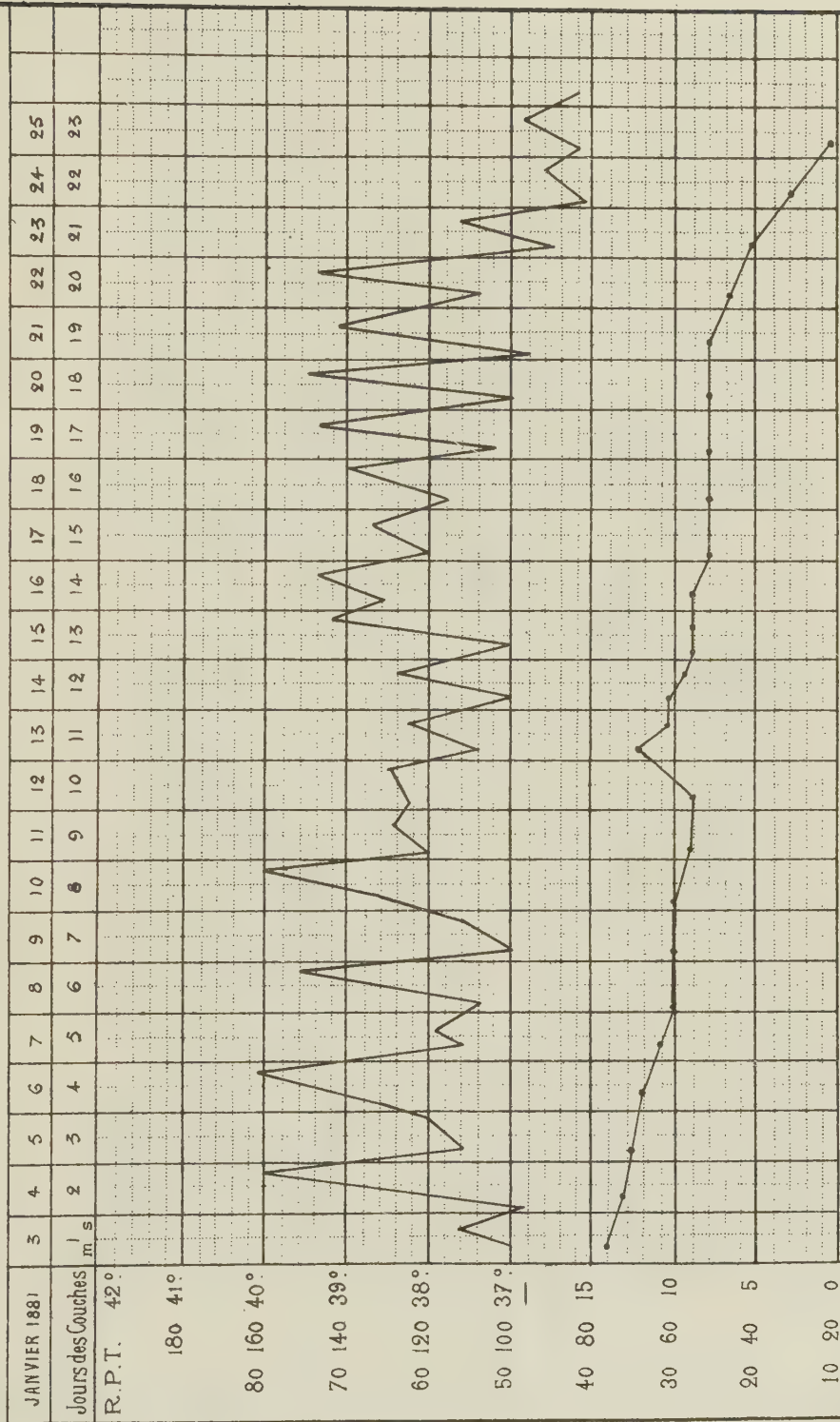
Salle St Alexis

Marie THOMASSIN

Fièvre puerpérale

Arrêt d'involution

PLXXXVI



N° 5

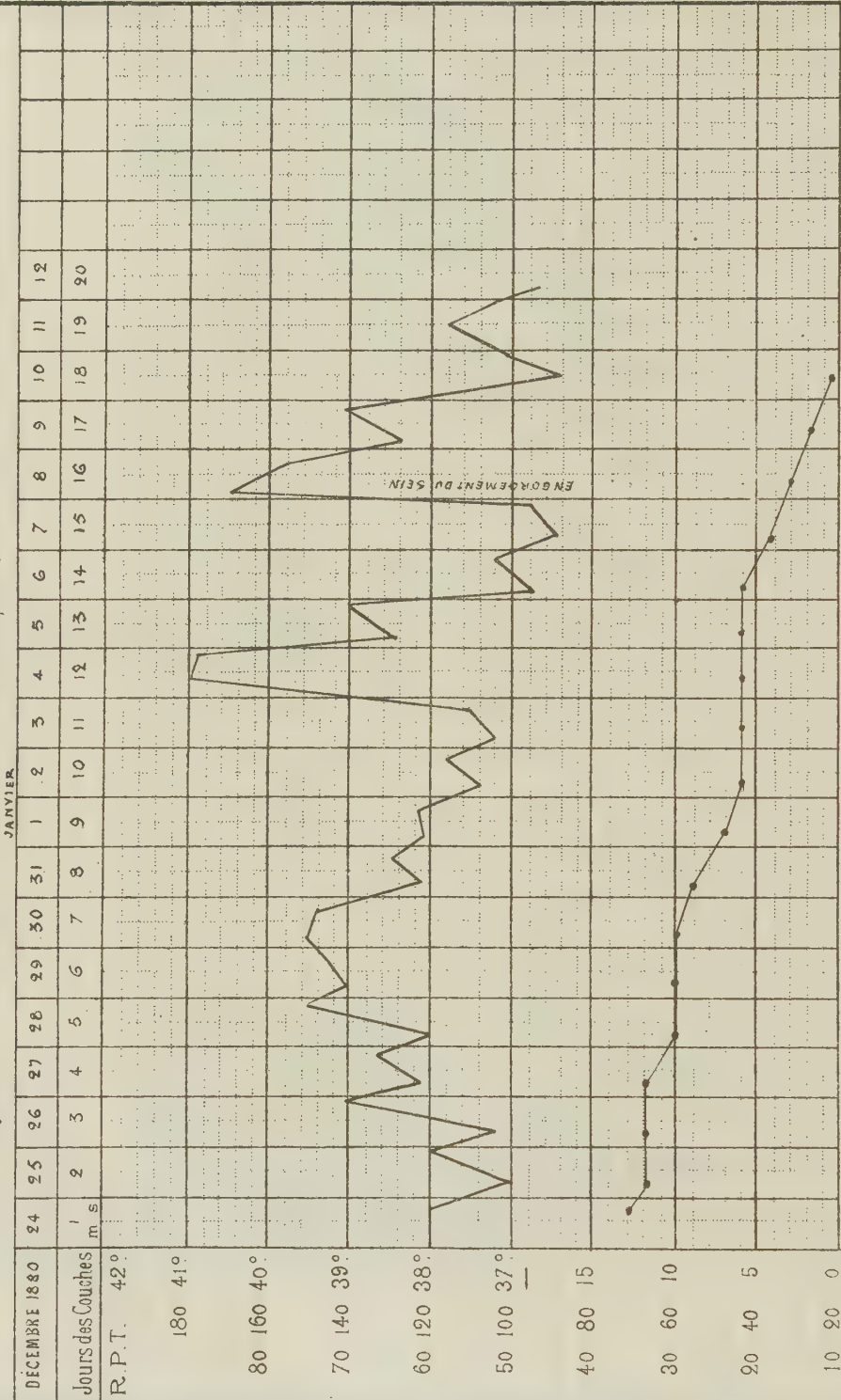
Salle St Eugène

Léontine VARIOT

Fièvre puerpérale

Arrêt d'involution

PLXXXVII



§ II. — SECOND GROUPE. — *Fièvre avec arrêt d'involution.*

Nous faisons deux parts de nos observations : 1^o celles qui nous paraissent relater des accès de fièvre ne dépendant pas directement de l'infection puerpérale, et qui se rapportent toutes à de la fièvre septique (5) ; 2^o celles qui constituent des cas de fièvre puerpérale (10).

1^o *Fièvre septique.*

OBSERVATION XVIII. — Fièvre septique.

Yung Elisabeth, 24 ans, cuisinière, bipare, salle Saint-Joseph n^o 3, accouche d'un enfant à terme le 11 janvier 1880, après un travail de deux heures.

Suites de couches bonnes, mamelles pleines de lait ; lochies normales ; apyrexie.

Le 8^e jour, frisson à trois heures, suivi de chaleur, avec douleur passagère dans la région sus-inguinale droite ; le mouvement fébrile fugace a été précédé d'un arrêt d'involution ; pas de fétidité lochiale.

A partir du lendemain, plus de douleur, plus de fièvre ; la régression utérine suit sa marche régulière.

RÉFLEXIONS. — Est-ce une *fièvre septique* par résorption ? L'arrêt précède la fièvre, et est aussi passager que la poussée fébrile.

OBSERVATION XIX. — Fièvre septique.

Marie Pierson, 17 ans, primipare, domestique, accouchée d'un enfant à terme le 1^{er} mai 1881. Délivrance normale. Apyrexie pendant les quatre premiers jours, rétraction normale de l'utérus ; bon état des lochies.

Le 4^e jour au soir, on constate un peu de fétidité, de la diarrhée, et le lendemain matin, 5^e jour, un arrêt de l'involution.

Le 5^e jour, à midi, frisson suivi d'élévation de la température, fétidité, diarrhée, inappétence. Cet état continue jusqu'au 11^e jour sans localisation pelvienne, sauf un arrêt franc de l'involution.

Le 6^e jour, épistaxis. Le 8^e jour, vulvite et vaginite. Le 11^e jour, chute de la température après administration de 0 gr. 50 de sulfate de quinine, continué pendant trois jours. Le retrait utérin se fait d'une façon rapide, dès qu'il y a apyrexie. Plus de diarrhée. La malade se lève le 19^e jour.

Nota bene. — L'accouchée a eu des érosions du mamelon le 4^e jour, cicatrisées vers le 13^e jour, n'ayant pas empêché l'allaitement.

Diagnostic : C'est probablement une fièvre septique.

OBSERVATION XX. — Fièvre septique.

Houillon Prospérine, 33 ans, domestique, primipare, salle Saint-Eugène n° 2.

Présente des signes d'indurations des sommets. Toux et expectoration.

Accouche le 9 novembre 1880 ; délivrance normale.

Le 1^{er} jour, tranchées vives, lochies peu abondantes.

Le 7^e jour, lochies un peu fétides, légers frissons dans la soirée. Température 40°. La malade ne se plaint pas.

Le 10^e jour, la température tombe à la normale ; les phénomènes pulmonaires se sont bien amendés.

La malade ne tousse plus à partir du 15^e jour.

Diagnostic : Fièvre septique.

RÉFLEXIONS. — Retrait normal jusqu'au 5^e jour, arrêt du 6^e au 9^e, puis retrait rapide : le retrait paraît consécutif à la fièvre ; celle-ci survit enfin pendant deux jours à l'arrêt d'involution.

OBSERVATION XXI. — Fièvre septique.

Kretzer Henriette, 17 ans, domestique, primipare ; salle Saint-Alexis , n° 4.

Accouche le 15 avril 1880 ; délivrance après une demi-heure, suivie d'une perte de 650 grammes de sang ; le lendemain, tranchées vives, lochies teintées de sang.

Le 4^e jour, sensibilité dans la région sus-inguinale droite, ventre souple, lochies un peu fétides. Tousse un peu, inappétence.

Le 5^e jour, un peu de céphalalgie, ventre indolore, lochies légèrement fétides ; de même le lendemain.

Le 7^e jour, lochies très fétides, céphalalgie, pâleur de la face et des muqueuses ; toujours un peu de toux.

Le 9^e jour, lochies fétides, ventre en bon état ; toux assez forte, oppression.

Le 10^e jour, bronchite généralisée, lochies fétides, ainsi que le lendemain.

Le 13^e jour, lochies blanches, anémie marquée (fer réduit).

Les jours suivants, la température baisse notablement. La toux et la dyspnée diminuent et disparaissent.

RÉFLEXIONS. — Retrait normal jusqu'au 6^e jour, arrêt du 7^e au 14^e puis retrait régulier ; la fétidité lochiale a précédé l'arrêt. Fièvre septique par résorption.

OBSERVATION XXII. — Fièvre septique.

Gongloff Dorothée, 24 ans, cuisinière, primipare ; salle Saint-Alexis, n^o 2.

Accouchée à terme le 6 mai 1881. Délivrance normale.

Le 2^e jour, frisson, céphalalgie. Température monte à 40°.

Le 3^e jour, lochies très fétides, mamelles turgescentes, pas de symptômes gastro-intestinaux.

Le 4^e jour, lochies encore fétides ; la température est tombée.

Du 5^e au 10^e jour, l'état général reste bon ; pas de symptômes morbides localisés.

Le 10^e jour, élévation brusque de la température sans frisson, ni aucun signe pathologique. On donne durant deux jours 45 centigrammes de sulfate de quinine ; la température tombe au-dessous de 37°, pour ne plus remonter.

Arrêt de l'involution le lendemain de chaque poussée de la température ; chaque fois le retrait continue dès le lendemain de la chute thermique.

Premier arrêt du 3^e au 4^e jour ;

Deuxième arrêt du 5^e au 6^e jour.

Troisième arrêt du 10^e au 12^e jour.

RÉFLEXIONS. — En l'absence de localisations appréciables, en raison de la conservation de l'état général, nous pensons que c'est une fièvre septique, par résorption à la surface de la plaie utéro-placentaire.

OBSERVATION XXIII. — Fièvre septique.

Marie Harne, 48 ans, primipare, salle St-Charles, n° 3, accouche le 7 avril 1880 d'un enfant à terme.

Durée du travail : 41 heures. — Délivrance artificielle, à cause d'une hémorrhagie interne d'environ 500 gr. de sang liquide et coagulé. — Pâleur sans lipothymie.

Écoulement lochial peu abondant pendant les trois premiers jours.

Le 3^e jour, frisson à 11 h. du soir : tension mammaire, beaucoup de lait.

Du 4^e au 10^e jour, fétidité lochiale, utérus indolore ; diarrhée du 5^e au 9^e jour ; beaucoup de lait.

Diagnostic : Fièvre septique ; tracé de l'involution irrégulière avec petits arrêts le 5^e, le 7^e, le 9^e, le 11^e et le 12^e jours coïncidant avec le retour de la fétidité.

OBSERVATION XXIV. — Fièvre septique.

Martin Louise, 28 ans, journalière, salle Saint-Eugène n° 4, primipare, accouche le 7 mai 1880 d'un garçon en sacro-iliaque gauche antérieure ; — difficulté de progression du tronc et d'extraction de la tête par suite d'un rétrécissement antéro-postérieur du bassin. — Délivrance normale, déchirure périnéale — Suture immédiate.

Pendant quinze jours la malade a dû être sondée matin et soir. Le 3^e et le 4^e jour, chaleur sans frisson, fétidité des lochies, fièvre septique. — Injection d'acide borique.

La plaie périnéale reste réunie à la profondeur, mais se désunit à la superficie après gonflement préalable des lèvres, et la réunion secondaire ne se fait qu'un mois après.

Fièvre sans localisations entre 39° et 41° pendant neuf jours sans arrêt de l'involution. A partir du 9^e jusqu'au 15^e jour, arrêt d'involution et fièvre rémittente, avec oscillations entre 37° et 38°,5.

Périostite trochantérienne droite ayant débuté dès le 6^e jour des couches, ayant donné lieu à un abcès, ouvert onze semaines après, avec le bistouri.

Aucune complication du côté de l'utérus, ni métrite, ni méthorrhagies.

RÉFLEXIONS. — Pendant les huit premiers jours de fièvre vive, l'in-

volution s'est faite avec régularité, malgré la coexistence de plaie périnéale et de rétention d'urine, et le début d'une périostite trochantérienne.

La fièvre tombée de près de deux degrés, l'utérus s'arrête et fait plateau pendant six jours, sans qu'on puisse relever d'autre état pathologique que la rétention d'urine et la périostite trochantérienne.

Enfin, à partir du 14^e jour, la régression se fait assez rapidement malgré la persistance de la fièvre entretenue par la périostite.

OBSERVATION XXV. — Fièvre septique.

Weiss Rosalie, 18 ans, brodeuse, primipare, salle St-Eugène, n° 4 ; accouche le 11 janvier 1881. Délivrance normale.

Le lendemain et le surlendemain la température monte à 39°, on constate des éraillures vaginales. Les lochies sont rosées.

Le 4^e jour, tristesse très grande, nausées, diarrhée. Température 40°.

Le 7^e jour, céphalalgie et malaise général sans localisation pelvienne. Diarrhée et coliques.

Le 9^e jour, érosions des mamelons, pas d'empatement de la région sus-inguinale gauche.

Le 11^e jour, érosions mammaires et rougeur diffuse du sein droit.

RÉFLEXIONS. — A partir de ce jour, la température tombe à peu près à la normale : il n'y a jamais eu de localisation pelvienne.

Arrêt de l'involution du 5^e au 8^e jour, puis retrait régulier. Nous pensons que le mouvement fébrile est dû à la résorption au niveau des éraillures vaginales.

OBSERVATION XXVI. — Fièvre septique.

Erard Madeleine, 20 ans, couturière, bipare, salle St-Joseph, n° 1.

Accouche le 4 février 1881. Délivrance normale.

Le 2^e jour, frisson peu intense suivi de sueurs. Céphalalgie, pas de troubles gastriques. Température 40°.

Le 3^e jour, seins très gonflés, inappétence, langue chargée. Température oscille entre 39° et 40° jusqu'au 6^e jour, aucune localisation pelvienne.

Du 6^e au 12^e jour. Température entre 37° et 38° ; la malade va très bien.

Le 12^e jour, petits frissons dans la soirée, céphalalgie, langue saburrale, inappétence ; légères pertes en rouge. Température monte à 41°.

Le 13^e jour, lochies fétides.

Le 15^e jour, température revenue définitivement à la normale.

Premier arrêt de l'involution les 4^e et 5^e jours.

Second arrêt de l'involution du 13^e au 16^e jour.

RÉFLEXIONS. — Absence de localisation pelvienne. La marche de la température est celle de la fièvre septique.

2^e Fièvre puerpérale.

OBSERVATION XXVII. — Fièvre puerpérale.

Metzler Catherine, 25 ans, domestique, primipare, salle Saint-Joseph n° 3. Accouchée le 24 février 1881 d'un enfant à terme — accouchement rapide (3 heures). — Le lendemain, quelques tranchées suivies de l'expulsion d'un caillot assez volumineux. Utérus à 9 cent.

Le 3^e jour, la température commence à monter pour atteindre 41° le lendemain soir; en même temps, sensibilité marquée dans la région sus-inguinale gauche. — Céphalalgie, épistaxis, lochies fétides.

Le 6^e jour, frisson — céphalalgie, épistaxis — douleur dans les deux fosses iliaques.

Du 7^e au 12^e jour, encore quelques frissons — céphalalgie et sensibilité du ventre persistantes, mais sans augmenter. — Chaque jour 3 à 5 selles diarrhéiques, langue blanche — inappétence.

Le 13^e jour, plus de diarrhée, ni céphalalgie — il n'y a plus qu'une très-légère sensibilité du ventre — la température commence à tomber.

Le 14^e jour, administration de 60 centigrammes de sulfate de quinine, la température n'est plus remontée.

Premier arrêt de l'involution du 3^e au 6^e jour.

Deuxième arrêt de l'involution du 10^e au 13^e jour.

Diagnostic : Fièvre puerpérale. (Plusieurs cas dans la salle.)

OBSERVATION XXVIII. — Fièvre puerpérale.

Poignon Marguerite, 22 ans, sans profession, primipare, salle Saint-Charles n° 2, accouchée d'un enfant à terme le 5 mars 1880. Durée du travail 6 heures, délivrance normale.

Le 4^e jour, 15 selles diarrhéiques à la suite d'un purgatif; fétidité lochiale, utérus à 11,5 centimètres.

Le 5^e jour, fétidité lochiale; utérus 10 cent, TM 38°,8; TS 38°,5.

Le 6^e jour et les jours suivants, apyrexie et retrait régulier de l'utérus.

Le 10^e jour, arrêt d'involution; utérus resté à 7 centim.; apyrexie le matin; le soir, céphalalgie très-vive avec nausées, douleur sus-inguinale gauche; ventre bouffi, température 40°.

Le 11^e jour, face vultueuse, douleur à la palpation de la région sus-inguinale gauche; pas d'empatement, anorexie, soif, état saburral. Vésicatoire à la région sus-inguinale gauche.

Le soir du 12^e jour céphalalgie passagère avec sensation de chaleur sans frisson ni douleur abdominale; ventre souple; un peu de sensibilité à la pression aux deux angles de l'utérus; fond 7 cent. Pas de fétidité lochiale.

Le 14^e jour, plus de douleur; le soir, à 1 heure, céphalalgie; température remonte à 39°,2 sans frisson, insomnie.

Le 15^e jour, utérus à 5 centim, indolore. Apyrexie, langue humide encore un peu chargée.

On a administré le sulfate de quinine à la dose de 0gr,45 du 13^e au 18^e jour.

Le 18^e jour l'appétit revient, et la température ne s'élève plus, le retrait est terminé.

Diagnostic : Fièvre puerpérale. Arrêt d'involution précédant l'élévation thermique, sans fétidité lochiale.

Les jours suivants il se produit malgré l'administration du sulfate de quinine des mouvements fébriles qu'on attribue à des émotions causées à l'accouchée par des lettres de reproches de sa famille.

OBSERVATION XXIX. — Fièvre puerpérale.

Mouchot Joséphine, 20 ans, primipare, accouche d'un enfant à terme le 14 décembre 1880. Délivrance normale suivie une heure après d'un état syncopal dû à une hémorrhagie interne; on retire avec la main 500 gr. de caillots remplissant le vagin et on pratique une injection hypodermique d'ergotine Yron et l'utérus se contracte bien.

Les 5 premiers jours involution régulière; fièvre légère pouvant être attribuée à l'hémorrhagie post partum et à la montée du lait le 3^e jour.

Le 2^e jour expulsion d'un caillot assez considérable précédée de

tranchées. Depuis, fétidité lochiale durant jusqu'au 11^e jour; dès le 4^e jour on pratique des injections de borax dans les parties génitales.

Le 7^e jour dans l'après-midi, frisson suivi de chaleur, céphalalgie, langue saburrale, soif vive, nausées.

Le matin du 9^e jour, température à 40^e,4, sans frisson; la malade dit n'éprouver aucun malaise.

Le matin du 12^e jour l'évolution fébrile commencée le 7^e jour se termine; le mouvement de régression utérine recommence après un arrêt de 6 jours coïncidant avec l'hyperthermie et la fétidité lochiale.

Depuis il se produit de nouvelles poussées fébriles, le 13^e, le 15^e et le 18^e jour, que l'on ne peut attribuer à aucune autre cause qu'aux ennuis qui tourmentent l'accouchée. Mais ces poussées n'entravent pas le retrait utérin terminé le 17^e jour.

Diagnostic : Fièvre puerpérale légère.

OBSERVATION XXX. — Fièvre puerpérale.

Noée Marie, 21 ans, ouvrière en chaussures, primipare, accouche d'un enfant à terme le 20 décembre 1880. Travail lent. Délivrance normale, suivie de pertes dans la journée et dans la nuit. Seigle ergoté en poudre 0gr,50. Utérus bien rétracté à 8 centimètres.

Rétention d'urine pendant les 4 premiers jours.

Le 4^e jour, sensibilité dans la fosse iliaque droite, *aspect grisâtre de la muqueuse vaginale*.

Le 5^e jour, douleur hypogastrique vive; cataplasme laudanisé; la malade a crié toute la nuit.

Le 6^e jour, ventre bouffi douloureux à la pression; miction spontanée le matin; le soir la sécrétion lactée diminue. Utérus à 8 centimètres.

Le 8^e jour, état saburral, soif vive, lochies brunes, fétides, pas de douleur à la pression de l'utérus. L'enfant est donné à une nourrice. Préoccupations, céphalalgie frontale.

Le 9^e jour, tristesse, subdélire; abdomen normal, utérus à 8 centimètres, non douloureux; lochies peu abondantes, sans fétidité; pas de diarrhée; à 4 heures du soir, agitation vive, délire loquace; l'accouchée crie et dit qu'elle veut tuer son enfant. Sirop de chloral 100 gr. jusqu'à sommeil. Nuit tranquille.

Le 10^e jour, langue humide, rosée; selle normale; plus de cé-

phalalgie; utérus à 8 centimètres; ventre souple, indolore; rougeur au sacrum.

Le 11^e jour, amélioration passagère.

Le 12^e au 15^e jour, aggravation, langue sèche, selles et urines involontaires. L'eschare au sacrum fait des progrès; pas de localisation. — A partir de ce jour jusqu'au 19^e la température s'abaisse progressivement, l'état général s'améliore.

Dès que la température s'abaisse, le retrait utérin, arrêté pendant l'évolution fébrile, reprend sa marche régulière et rapide.

Diagnostic : C'est évidemment *une fièvre puerpérale*. L'utérus est resté indolore pendant tout le temps de cet arrêt d'involution, sauf un peu de douleur hypogastrique passagère au début.

OBSERVATION XXXI. — Fièvre puerpérale.

Mater Marie, 28 ans, femme de chambre; bipare, salle Saint-Alexis, n^o 6.

Accouchement facile et rapide le 29 janvier 1881. — Délivrance normale.

Tousse depuis le 3^e mois de la grossesse, pas d'hémoptysies; à son entrée, on constate des signes d'induration des deux sommets avec râles secs à droite.

Le 4^e jour, se plaint de douleurs abdominales, céphalalgie, soif vive. Ventre non douloureux; température entre 39° et 40° depuis les couches.

Le 6^e jour, frisson durant une heure, céphalalgie intense, langue saburrale, insomnie; température monte à 41°5, 0gr,45 de sulfate de quinine.

Le 7^e jour, frisson, ventre sensible à gauche, une selle diarrhéique, inappétence; 9^e jour, pas de localisations, ventre tout à fait indolore; 0gr,45 centigrammes de sulfate de quinine administrés encore les deux jours suivants.

Le 11^e jour, ventre reste souple, non douloureux, quelques selles diarrhéiques, eschare au sacrum, subdélirium; température tombée à 37° remonte à 39°.

Le 13^e jour, toujours un peu de céphalalgie, langue blanche, inappétence, insomnie. Tremblement des extrémités.

Le 14^e jour, mort de l'enfant qui dépérissait depuis quelques jours, et avait des selles vertes abondantes.

Le 16^e jour, quelques frissons avec un peu de céphalalgie ; température remonte à 40°, puis retombe définitivement entre 38° et 40°.

RÉFLEXIONS. — Retrait normal, puis arrêt du 6^e au 10^e jour, suivi de retrait lent, fièvre continue n'empêchant pas le retrait ; tracé de pyémie coïncidant avec l'arrêt, sans localisation. Cette succession dans le tracé thermique de fièvre continue et de fièvre rémittente, avec l'état général grave présenté par l'accouchée nous fait admettre le diagnostic de fièvre puerpérale.

OBSERVATION XXXII. — Fièvre puerpérale.

Lévêque Marie-Louise, 31 ans, ouvrière de fabrique, bipare, salle Saint-Eugène n°1. Accouchée dans le courant du 8^e mois ; délivrance par la méthode de Crédé une heure après l'accouchement, perte assez abondante, administration de deux paquets de seigle ergoté. Le lendemain, la température monte à 40°.

Le 3^e jour, quelques frissons dans la soirée, petites érosions mammaires.

Le 4^e jour, frissons dans la nuit, respiration pénible, matité dans les fosses sous et sus-épineuses, bronchophonie, pas de râles, douleurs épigastriques, envies de vomir, seins très excoriés.

Les 6^e et 7^e jours, administration de 45 centigrammes de sulfate de quinine, chute de la température qui remonte le 9^e jour à 41°.

Le 10^e jour, injection de 0,50 centigrammes d'ergotine. Lochies jaunes non fétides. La malade est toujours inquiète, agitée, inappétence, soif vive, ventre insensible.

Du 10^e au 13^e jour, température peu élevée. — Le 13^e jour au soir, température remonte à 40°, on donne 45 centigrammes de sulfate de quinine. Le 15^e jour, douleurs dans les deux fosses iliaques, empatement sus-inguinal, lochies un peu rouges, fétides ; vésicatoire 45 centigrammes de sulfate de quinine, ainsi que les jours suivants. La température, après quelques jours d'oscillations, tombe définitivement à la normale le 24^e jour.

Arrêt de l'involution du 4^e au 13^e jour ; puis régression régulière malgré la persistance de la fièvre.

RÉFLEXIONS. — Pendant l'évolution thermique, la malade n'accuse aucun malaise, dit aller très bien, jusqu'au 15^e jour.

OBSERVATION XXXIII — Fièvre puerpérale.

Bouy Anna, 17 ans, domestique, primipare, salle Saint-Joseph n° 4.

Accouchée le 23 décembre 1880, délivrance normale.

Le 2^e jour, lochies rouges, normales, quelques crevasses aux deux seins, léger frisson et douleurs vagues dans l'abdomen.

Le 3^e jour, lochies un peu fétides, insomnie.

Le 4^e jour, sensibilité assez marquée du côté droit de la matrice.

Le 5^e jour, herpès labialis, lochies fétides, tristesse. Température est à 39° depuis hier, plus de douleur hypogastrique.

Du 5^e au 11^e jour, la température reste élevée, sans localisations pelviennes.

Les 11^e et 12^e jours, 45 centigrammes de sulfate de quinine, la température retombe à la normale.

Retrait normal jusqu'au 7^e jour. Du 8^e au 14^e jour arrêt, puis retrait rapide.

OBSERVATION XXXIV. — Fièvre puerpérale.

Schmidt Louise, couturière, 26 ans, primipare, salle St-Eugène, n° 4.

Accouche le 20 janvier 1881. Déchirure du périnée, suture immédiate, délivrance normale.

Le 1^{er} jour après les couches, frissons avec élévation de température.

Le 2^e jour, ventre un peu sensible, lochies très fétides, abondantes, pas de troubles gastro-intestinaux. Pas de phénomènes inflammatoires du côté de la plaie périnéale. Température monte à 39° et 40° les jours suivants.

Le 4^e jour, impression morale vive, céphalalgie. Utérus sensible surtout à droite, mamelles légèrement gonflées.

Le 6^e jour, herpès labialis, malaise général sans localisations, lochies peu abondantes, légèrement fétides ; ventre indolore.

Le 9^e jour, enfant meurt étouffé.

Le 17^e jour, abcès du sein gauche, ouvert le lendemain, fièvre.

RÉFLEXIONS. — Retrait rapide, puis arrêt d'involution du 7^e au 14^e jour, enfin retrait rapide. La fièvre sans localisation arrête la régression utérine d'une façon remarquable. Quand elle tombe, il se forme un engorgement du sein avec fièvre sans influence sur l'involution.

OBSERVATION XXXV. — Fièvre puerpérale.

Thomassin Marie, 18 ans, domestique, primipare, salle St-Alexis, n° 1.
Accouche le 2 janvier, délivrance normale.

Le 2^e jour, frissons, céphalalgie, vomissements bilieux. Soif vive. Température 40°.

Le 5^e jour, diarrhée et coliques, langue saburrale, lochies fétides, ventre bouffi et indolore.

Le 6^e jour, 10 selles diarrhéiques, coliques, lochies fétides.

Le 8^e jour, 45 centigr. de sulfate de quinine, diarrhée persiste, mais moins forte. Les jours suivants la température oscille autour de 38°.

Le 13^e jour, un peu de toux, rien d'anormal à la percussion, ni à l'auscultation, plus de diarrhée. Céphalalgie, température remonte à 39° les jours suivants. Pas de localisation.

Le 17^e jour, écoulement blanc non fétide, coliques périombilicales, ou jours un peu de toux, 45 centigr. de sulfate de quinine.

Le 19^e jour, injection hypodermique d'ergotine; dès le lendemain, l'utérus, qui s'était arrêté dans son retrait depuis plusieurs jours, continue son évolution.

Le 21^e jour, douleurs à l'angle droit de l'utérus, qui disparaissent après deux jours.

La malade n'a plus présenté aucun phénomène pathologique.

Diagnostic : En raison de l'état général, fièvre puerpérale. Arrêt et irrégularité de retrait de l'utérus du 7^e au 20^e jour, puis retrait rapide, à la suite d'injections d'ergotine.

OBSERVATION XXXVI — Fièvre puerpérale.

Léontine Variot, 19 ans, vigneronne, primipare, salle Saint-Eugène n° 5, accouchée d'un enfant à terme le 24 décembre 1880. Durée du travail 15 heures. Délivrance 1 heure après l'accouchement. Bon état général et local les premiers jours.

Le soir du 3^e jour, céphalalgie et frissonnement suivi de chaleur; montée du lait; érosions des seins; ventre indolore; utérus à 12 centimètres, insensible.

Le lendemain matin, utérus à 12 centimètres, insensible.

Le 5^e jour, lochies légèrement fétides, utérus à 10 centimètres; le soir poussée fébrile continuant pendant 2 jours et coïncidant avec l'état sta-

tionnaire du fond de l'utérus; un peu de diarrhée avec anorexie, soif et vomissements muqueux contenant un lombric.

Du 8^e au 11^e jour, amélioration et retrait utérin.

Le 11^e jour au matin, nouvel état stationnaire de l'utérus, insensible, malgré l'apyrexie.

Le matin du 12^e jour, frisson à 5 heures suivi de chaleur et de température à 41°, avec céphalalgie; face vultueuse, moiteur générale de la peau. État saburral, ventre souple indolore. Fétidité lochiale, utérus à 6 centimètres.

Le 13^e jour, a vomi un lombric. Pas de localisations pelviennes, fétidité des lochies, utérus à 6 centimètres, ni diarrhée ni céphalalgie. Santonine 0gr 15.

Le 14^e jour, apyrexie; utérus à 6 centimètres; a rendu 2 lombrics par les selles. Santonine 0gr 15.

Le 15^e jour, 4 lombrics dans les selles; apyrexie; santonine 0gr 15.

Le 18^e jour, 8 lombrics dans les selles, santonine 0gr 15. Utérus à 4 centimètres.

Les jours suivants le retrait se fait bien, malgré un engorgement passager du sein droit déterminant une légère poussée fébrile.

RÉFLEXIONS. — On pourrait penser à une *fièvre réflexe*, liée à la présence de *lombrics* dans le tube digestif; nous devons cependant faire remarquer qu'il y avait dans la même salle, à ce moment, quelques cas de fièvre puerpérale.

DISCUSSION GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS

SOMMAIRE. — Coïncidence de la fièvre avec l'arrêt d'involution. — Ce n'est pas la fièvre qui arrête l'involution. — Ce n'est pas davantage l'arrêt qui cause la fièvre. — Arrêt et fièvre dépendent d'une cause commune. — Absolue nécessité de rechercher cette cause dans une modification locale : métrite, phlébite, congestion, rétention lochiale ? — Subinvolution. Arrêt vrai. — Lymphangite. — Synonymie de fièvre septique et de lymphangite, de lymphangite et de fièvre puerpérale. — Est-ce une lymphangite bénigne ? — Absence de preuves nécroscopiques directes, preuves indirectes. — Conclusions.

Nous sommes en face d'un problème difficile à résoudre. Pourquoi dans certains cas *la fièvre coexiste-t-elle avec un retrait parfaitement régulier, normal ?* Pourquoi dans d'autres circonstances voyons-nous un *parallélisme plus ou moins marqué entre l'arrêt d'involution et l'hyperthermie ?*

Ce qui se dégage tout d'abord des faits observés par nous, c'est que ce n'est pas dans l'élément fièvre qu'il faut chercher la cause de l'arrêt d'involution. En effet la pneumonie, la fièvre typhoïde, la broncho-pneumonie, les abcès du sein se sont montrés, avec une évolution thermique assez intense, sans influence sur la régression utérine.

Supposons un instant que la fièvre, dans ces pyrexies et dans ces affections inflammatoires, ait eu une action réelle sur le retrait de la matrice. Voici l'explication qu'on aurait pu donner de ce fait.

« La fièvre modifie les fonctions des organes ; son action se porte sur le processus de désassimilation qu'elle enraye : nous n'en voulons d'autre preuve que la diminution, pendant l'évolution fébrile des pyrexies, de l'urée et des chlorures, ainsi que cela découle des nombreuses analyses d'urines faites par Hepp de Strasbourg et consignées dans l'excellente thèse de Charvot, inspirée par le professeur Hirtz.

» Sans doute, pendant la fièvre, les combustions organiques sont augmentées ; mais les produits d'oxydation ne s'éliminent pas durant l'hyperthermie ; ils s'accumulent dans les divers organes. C'est un arrêt du travail de désassimilation. Ce n'est qu'au moment de la défervescence, de la crise, et dans les premiers jours de la convalescence, que l'élimination de ces produits se fait : c'est une sorte de dégel qui survient, les scories que la fièvre avait formées et immobilisées dans l'élément anatomique sont emportées par le torrent de la désassimilation redevenue possible, et cette débâcle se traduit par une augmentation de l'urée et des chlorures délayées dans l'urine polyurique de la crise des pyrexies. »

Appliquons à l'utérus puerpéral en involution, cette donnée que nous fournit la clinique médicale.

« Si la température des accouchées s'élève, il se produit un arrêt de la désassimilation dans les divers organes, mais surtout dans celui qui est le siège d'un mouvement de désassimilation très active, d'où arrêt d'involution utérine. »

Voilà certes une *hypothèse* séduisante ; mais elle ne

repose sur rien de positif. Nous avons vu en effet que non seulement les affections organiques fébriles, mais même les pyrexies n'arrêtaient pas le travail de régression de l'utérus (obs. I à VI).

Mais si l'arrêt d'involution ne relève pas d'un état fébrile général, il faut que nous en recherchions la cause ailleurs.

Si une fièvre venant troubler les couches, et due à une maladie intercurrente, n'agit pas sur l'utérus en entravant sa marche régressive, peut-être sera-t-il donné à une fièvre, qui dépend plus particulièrement de l'état des organes génitaux, de déterminer cet arrêt ?

Que répondent nos observations ? Dans deux cas de phlegmon des ligaments larges, dans quatre cas de fièvre septique, dans trois cas de fièvre réflexe des accouchées et dans un cas de fièvre puerpérale, l'action de l'élévation thermique a été nulle (obs. VII à XVII).

Pas plus que celle des pyrexies et des affections inflammatoires intercurrentes, la fièvre qui ressortit à une lésion des organes génitaux n'arrête l'involution.

La conclusion à tirer de ce qui précède, est qu'il ne faut pas, quand on se trouve en présence d'un arrêt d'involution avec concomitance d'hyperthermie, trop se hâter d'incriminer l'*élément fièvre*.

En conséquence, nous établissons la proposition suivante :

« *La fièvre n'arrête pas le processus d'involution utérine.* »

Comme la relation entre l'arrêt d'involution et l'évolution fébrile existe réellement, voyons si l'arrêt est le fait primordial et si la fièvre n'en est que la conséquence.

Nous avons, à cet effet, examiné attentivement, sur nos tableaux, les deux courbes de la température et du tracé utérin. Ces courbes peuvent se diviser en deux séries : dans la première (obs. XVIII, XIX, XXVIII, XXXVI) l'arrêt précède l'élévation de la température, mais tout au plus de 12 à 24 heures ; dans la seconde (obs. XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI) c'est la fièvre qui a précédé l'arrêt. Il n'y a donc aucune conséquence à tirer en faveur de l'hypothèse de l'arrêt primitif déterminant consécutivement l'hyperthermie.

Aussi nos observations nous permettent-elles d'émettre cette deuxième proposition :

« *L'arrêt d'involution ne cause pas la fièvre.* »

Mais alors si l'arrêt d'involution ne cause pas la fièvre et si la fièvre n'arrête pas l'involution, une troisième hypothèse nous reste, que nous présentons sous forme de troisième proposition :

« *La fièvre et l'arrêt d'involution concomitant ne dépendent-ils pas d'une cause commune, agissant à la fois sur l'état général et sur l'état local ?*

Quelle est cette cause ?

Nous avons montré plus haut que nous ne la trouvions pas dans l'état général ; il nous faut donc la rechercher dans une modification de l'état local du système utérin.

En d'autres termes, pour connaître le *substratum organique* qui fait à la fois *l'arrêt d'involution et la fièvre*, nous allons faire appel à l'*anatomie pathologique des affections puerpérales*.

Nous éliminons de prime-abord, pour ne pas traîner notre discussion en longueur, la *métrite* et la *phlébite utérine*, qui ont une évolution particulière facile à reconnaître ; la simple *congestion utérine* qui ne s'accompagne pas d'élévation thermique ; la *rétenion lochiale* due soit à une flexion utérine, soit à une oblitération du canal cervical par des débris intra-utérins.

Dans aucune de nos observations d'arrêt d'involution, on n'a noté les symptômes particuliers auxquels donnent lieu ces complications.

Nous allons examiner d'une façon approfondie deux autres modifications qui troublent la puerpéralité, à savoir l'arrêt de l'involution, et la lymphangite utérine.

I. ARRÊT AIGU DE L'INVOLUTION OU SUBINVOLUTION AIGUE. — Nous avons cru légitime de conclure de nos observations que l'arrêt d'involution ne déterminait pas la fièvre, cette dernière, précédant le plus souvent l'état stationnaire du fond utérin.

Aussi pourrions-nous exclure également de la discussion l'état qui a été décrit par les auteurs anglais sous le nom de *subinvolution*.

Cependant nous ne le faisons pas, pour des motifs que le développement de ce point va amplement justifier.

Après la délivrance, les fibres musculaires se ré-

tractent par leur propre tonicité ; il en résulte une diminution du volume de l'utérus et un rétrécissement consécutif du calibre des vaisseaux qui se trouvent dans l'épaisseur du tissu utérin. Ce rétrécissement diminue la quantité de sang amené à l'organe, et place par suite ses éléments constitutifs dans des conditions de nutrition tout à fait défectueuse. Aussi ces éléments subissent-ils la dégénérescence graisseuse, très favorable à leur résorption. L'utérus hypertrophié pendant la grossesse revient ainsi à son volume normal, par une évolution rétrograde que caractérise la destruction des éléments contractiles anciens.

Ceci est le processus physiologique nécessaire pour la parfaite restitutio ad integrum de cet organe, c'est l'involution utérine.

Mais ce travail de réparation peut être troublé, et l'arrêt de la régression utérine maintient cet organe dans un état d'hypertrophie inconciliable avec l'accomplissement de ses fonctions.

C'est *Simpson* qui, en 1842, décrit le premier cette hypertrophie de l'utérus, qu'il regarde comme un défaut de métamorphose rétrograde après l'accouchement.

Suivant *Wright*, cet état est dû à la persistance à l'état graisseux des fibres musculaires de l'utérus gravide.

Pour *West* il y a dégénérescence graisseuse des tissus anciens, défaut d'élimination des matériaux inutiles et altération graisseuse des éléments de nouvelle formation.

Snow Beck (1844) constate une hypertrophie due à l'augmentation de volume du tissu amorphe des parois de l'organe, plutôt qu'à l'augmentation du volume des fibres cellulaires contractiles. Il y a en outre congestion et augmentation du réseau vasculaire.

En ajoutant à la description de *Snow Beck* « la prépondérance des fibres musculaires et de leur dégénérescence graisseuse, avec dilatation de la cavité utérine », on a la description exacte de la lésion qui caractérise la subinvolution de l'utérus puerpéral.

D'après les auteurs, cet arrêt d'involution est un processus à marche chronique; débutant dans les premiers jours des couches, il passe souvent inaperçu et se révèle à un moment donné par des manifestations qui peuvent le faire confondre avec la métrite parenchymateuse chronique. (Gallard.)

Mais, et c'est là que nous voulions en venir, nous pouvons nous demander si ce processus à allure chronique ne peut pas se présenter sous une *forme aiguë*, et s'il n'existe pas des cas aigus, passagers susceptibles de se résoudre, des *arrêts d'involution aigus*, une *subinvolution aiguë*.

La subinvolution chronique est apyrétique, mais la subinvolution aiguë serait accompagnée de fièvre et correspondrait à ces arrêts remarquables d'involution que montrent fort bien nos tracés.

Nous donnons cette *hypothèse* pour ce qu'elle vaut, et nous allons montrer qu'elle ne tient pas devant les faits observés.

En effet, d'après nos tracés, l'arrêt d'involution pa-

rait dépendre bien plus de l'élévation de la température que celle-ci de l'arrêt ; d'autre part, si la chose pouvait s'admettre de ces arrêts qui ont une durée de 4 à 6 jours et plus, elle ne pourrait pas se concilier avec d'autres arrêts fugaces et en quelque sorte multiples chez une même malade. Comment, en effet, croire que cette subinvolution à allure chronique puisse procéder par petites poussées aiguës, plusieurs fois répétés dans l'espace de quelques jours ? Comment aussi nos observations ne relateraient-elles pas, au moins dans quelques cas, la continuation de cette subinvolution au delà des limites de l'évolution fébrile ; c'est le contraire qui arrive dans toutes nos observations : dès que la fièvre cesse, le fond utérin disparaît très rapidement derrière le pubis ; l'involution a repris son allure normale, comme si elle n'avait jamais été troublée.

Ces considérations nous paraissent suffisantes pour nous tenir en garde contre une interprétation qui, du reste, ne se soutient même pas par l'analogie.

II. LYMPHANGITE UTÉRINE. — Nos observations montrent que l'arrêt d'involution coïncide avec la *fièvre septique* simple ou due au microbe puerpéral ; aussi notre première idée a été que, s'il fallait, pour interpréter cet arrêt, chercher un état anatomo-pathologique local, c'est vers le *système lymphatique utérin* que nous devons tourner nos regards ; en effet, nous savons que c'est le réseau lymphatique qui, à la surface d'une plaie, constitue la plus large porte d'entrée aux principes infectieux. Reconnaître que la fièvre septi-

que était due à une résorption par voie lymphatique était légitime; mais c'était nous lancer dans le champ des hypothèses que de faire dépendre de cette résorption l'arrêt d'involution lui-même.

Comme l'hypothèse n'est qu'un moyen d'investigation et non un but dans une œuvre vraiment scientifique, et que les preuves directes nous faisaient absolument défaut, avouer franchement notre ignorance à ce sujet nous paraissait le meilleur parti à prendre. Cependant nous n'avons pas voulu finir par un « *que sais-je ?* » et nous avons parcouru, pour nous instruire, les mémoires qui ont paru sur la lymphangite utérine, souhaitant d'y trouver quelque fait qui pût servir de base à notre hypothèse.

La *lymphangite* a été décrite par *Tonnelé* en 1829; mais le mémoire de cet auteur ne fit pas oublier l'important travail de *Dance* (1828) sur la *phlébite*. Aussi, malgré des autopsies de lymphangite pratiquées par *Duplay* et *Cruveilhier*, malgré une monographie de *Botrel* (1845) sur l'angioleucite puerpérale, la phlébite resta au premier plan des complications puerpérales. *Béhier* (1864) lui-même qui, sans s'en douter, fit de nombreuses autopsies de lymphangite, voyait la phlébite partout, et son idée fit école. *Just Lucas-Championnière*, dans sa thèse de 1870, a revendiqué, pour la lymphangite, le premier rang parmi les maladies des suites de couches; il a soumis à une critique sévère, tout en restant courtoise, les propres faits de *Béhier*, et, par ses dissections et ses injections, il a, comme base anatomique de cette conception, montré

que l'utérus puerpéral était d'une richesse extrême en lymphatiques.

Siredey (Annales de gynécologie, 1875), dans un article où il démontre que la fièvre puerpérale n'existe pas, est conduit à considérer la maladie, dite fièvre puerpérale, comme n'étant le plus souvent qu'une lymphangite; la doctrine du maître est encore relatée dans les dissertations inaugurales de deux de ses élèves, les docteurs *Fioupe* et *Auger* (1876).

Dans le traité d'accouchements de *Spiegelberg* (1878) la description que cet auteur donne des lésions utérines de la fièvre puerpérale se rapporte absolument à celle de la lymphangite.

Pour avoir une idée exacte de la circulation lymphatique de l'utérus puerpéral, nous citons les paroles de *Cruikshanks* : « Les vaisseaux lymphatiques sont aussi volumineux qu'une plume d'oie, et si nombreux que, lorsqu'on les injecte au mercure, on serait presque tenté de croire que la matrice n'est qu'un tissu de vaisseaux lymphatiques. »

Les recherches anatomiques de *Nierzejewski* (1880) confirment ces données positives sur la richesse lymphatique de l'utérus.

Dans un mémoire publié en 1874 à la Société obstétricale de Londres, *Tilt*, en parlant de la lymphangite dans la pathologie pelvienne, insiste sur l'absorption et le transport des matières septiques infectant les parties périphériques, sans suppuration des vaisseaux, et sur la valeur des injections intra-utérines pour enrayer les accidents.

Déjà en 1873, *d'Espine*, dans sa thèse sur la septicémie puerpérale, a étudié les lymphatiques comme voie d'absorption pour les matières putrides intra-utérines.

Raymond (1880), dans sa thèse d'agrégation sur la puerpéralité, rapporte les recherches et les opinions dont il vient d'être fait mention et admet également la fréquence de la lymphangite utérine puerpérale.

Ce rapide historique nous montre deux faits principaux, *la fréquence de la lymphangite et l'importance de l'infection par voie lymphatique.*

Voyons ce que nous pouvons conclure de ces données pour le cas particulier qui nous occupe.

Nous est-il possible d'expliquer par la lymphangite nos arrêts d'involution?

Si nous envisageons la lymphangite, telle qu'elle est décrite par Siredey, avec un frisson unique, suivi de chaleur et de sueur, avec la douleur superficielle qu'on détermine par la palpation de l'utérus, douleur qui devient ensuite spontanée, exquise et permanente, avec l'induration œdémateuse d'un des culs-de-sac latéraux du vagin, avec le tracé thermique d'une fièvre continue ou légèrement rémittente, avec la péritonite consécutive, rapidement mortelle, nous sommes certainement bien loin de nos fièvres sans localisations ou à localisations passagères, caractérisées par l'évolution fébrile de l'infection septique bénigne, de courte durée.

Mais la description de Siredey se rapporte aux *cas graves* et on peut admettre, à priori, qu'il existe des

cas aussi nombreux de *lymphangite légère*, où la maladie est considérablement atténuée.

Telle est du reste l'opinion de Lucas-Championnière, si compétent en la matière. Cet auteur a décrit, en effet, une *lymphangite utérine bénigne* ; il la déclare infiniment plus commune que la lymphangite maligne et il lui assigne les caractères cliniques suivants :

1° Phénomènes douloureux, remarquables par la rapidité de leur développement et de leur disparition, caractère général bien propre à la symptomatologie des inflammations lymphatiques, caractère commun aux accidents légers et au début des accidents graves.

2° Évolution fébrile précédée souvent de frissons suivis de sueur.

3° Tuméfaction dure à la périphérie du col, survenant brusquement et s'évanouissant rapidement, tuméfaction attribuée par *Bernutz* au développement de produits intra-péritonéaux et qui, pour Lucas-Championnière, résulte de l'induration, par œdème, du tissu cellulaire péri-lymphatique circum-utérin.

Tilt admet aussi une lymphangite bénigne, qu'il appelle *septicémique*, qui survient soit à la suite du traumatisme des organes génitaux, soit à la suite de l'infection puerpérale et qu'il décrit à la manière de Lucas-Championnière dont il partage les idées.

RELATION ENTRE L'ARRÊT D'INVOLUTION ET LA LYMPHANGITE UTÉRINE BÉNIGNE.— Dans nos observations avec arrêt d'involution que nous avons qualifiées de cas de fièvre septique et puerpérale, nous avons trouvé parfois ces douleurs fugaces, accidents passagers que leur gravité

apparente a fait désigner par les Anglais sous le nom de *fausse péritonite* (Ramsbotham) *transient peritonitis* (Fergusson); mais le plus souvent nous n'avons noté aucune localisation.

L'évolution thermique qui a été celle de la septicémie peut à la rigueur, dans nos cas, être attribuée à une lymphangite utérine. Le toucher n'a pas été pratiqué par suite de l'absence de localisation qui ne sollicitait pas ce mode d'investigation; aussi ne pouvons-nous pas dire si dans ces observations d'arrêt d'involution, avec fièvre septicémique, il y a eu tuméfaction dure à la périphérie du col. Bien que ce dernier signe nous manque, nous pouvons par l'évolution fébrile et par les douleurs fugaces que nos malades ont présentées, conclure au développement chez elles d'une *lymphangite utérine bénigne*.

Mais nous avons quelque chose de plus, c'est l'*arrêt d'involution* coïncidant avec l'hyperthermie, et Lucas-Championnière ne fait nulle part mention de ce remarquable phénomène, ni dans son mémoire de 1870, ni dans sa publication de 1875.

Que conclure? Que nos arrêts d'involution ne doivent pas être rapportés à la lymphangite utérine bénigne, ou que l'attention de Lucas-Championnière n'ayant pas été attirée sur ce point, ces arrêts passagers, qui n'ont été bien mis en lumière par nous que grâce à nos *graphiques* du retrait utérin, ont passé inaperçus pour cet auteur?

Nous inclinons plutôt vers cette dernière explication; nous regardons comme très vraisemblable qu'il

existe une relation entre un trouble du système lymphatique utérin et l'arrêt d'involution, entre l'arrêt de l'involution et la lymphangite bénigne.

La *preuve directe nécroscopique* nous manque pour élever cette conception à la hauteur d'une vérité rigoureusement établie.

A défaut de preuve directe, nous avons des *preuves indirectes* d'une certaine valeur :

1° La grande fréquence de la lymphangite utérine, qui, d'après les recherches les plus récentes, en fait la principale complication des suites de couches.

2° L'existence et la grande fréquence de la lymphangite bénigne (Lucas-Championnière, Tilt).

3° La fréquence des modifications du système lymphatique par la substance septique qui la traverse, fait bien démontré en pathologie chirurgicale.

4° L'allure des troubles accompagnant l'arrêt passager de retrait utérin, qui rappelle à la fois celle de la septicémie bénigne et celle de l'inflammation lymphatique.

Mais, s'il est démontré que la lymphangite bénigne de cause septique est très commune, et que les symptômes et l'allure de l'arrêt d'involution se rapprochent beaucoup des symptômes et de l'allure de l'inflammation lymphatique, nous ne voyons pas pourquoi nous hésiterions plus longtemps à admettre que nos observations se rapportent précisément à des cas d'infection septique par voie lymphatique avec lymphangite utérine bénigne, passagère.

Maintenant nous devons aller au-devant d'une

objection qu'on pourra nous faire : « Si septicémie veut presque toujours dire résorption par voie lymphatique, comment se fait-il qu'il y ait, dans vos observations, des exemples de fièvre septique (5 cas) avec retrait régulier normal, autrement dit, comment expliquez-vous qu'il y ait arrêt d'involution dans certains cas et point d'arrêt dans d'autres. »

Voici notre réponse :

1° Le poison peut être absorbé par les lymphatiques des autres parties du canal utéro-vagino-vulvaire, où l'accouchement laisse des éraillures ou des plaies, et respecter les voies lymphatiques utérines.

2° Quand l'agent infectieux est absorbé par le réseau lymphatique utérin, il peut directement passer dans le sang et diffuser dans l'organisme où il détermine de la fièvre, sans avoir eu le temps d'agir localement.

3° Quand il séjourne plus longtemps dans le réseau lymphatique utérin, il produit un effet local, une inflammation.

Cette interprétation permet de comprendre pourquoi dans quelques-unes de nos observations, *l'arrêt a précédé la fièvre*. D'après notre hypothèse, la stase lymphathique locale a précédé l'introduction de l'agent infectieux dans le sang (Obs. 18, 19, 28, 36).

De même *la fièvre a précédé l'arrêt d'involution* dans un certain nombre de cas où l'on peut admettre que le poison traversait d'abord le système lymphatique sans s'y arrêter et que ce n'est qu'en provoquant une

irritation locale, qu'il a enrayé le retrait utérin (Obs. 21, 24, 25, 27, 31, 33, 34, 35).

Enfin, les deux effets sont produits simultanément dans les cas les plus remarquables où l'arrêt d'involution est parallèle à la poussée fébrile. L'état général réagit sous l'action du principe infectieux en même temps que le système lymphatique qui l'a absorbé (Obs. 18, 19, 20, 22, 26, 28, 36).

Comment expliquer maintenant l'arrêt d'involution par la lymphangite ?

Le propre de cette inflammation est de troubler la circulation lymphatique : la stase dans les capillaires et dans les espaces interstitiels détermine une véritable compression des éléments contractiles qui est défavorable à leur rétraction ; cette stase est également défavorable à la fonction de désassimilation et de résorption qui appartient au système lymphatique ; elle arrête le processus de régression utérine et cause ainsi l'arrêt d'involution.

Nous laissons chacun juge de la valeur des considérations précédentes. Pour nous, nous croyons pouvoir résumer la discussion en la proposition suivante :

L'arrêt d'involution et la fièvre septique concomitante, phénomènes troublant passagèrement les suites de couches et prompts à se dissiper, pouvant se produire une ou plusieurs fois dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, dépendent probablement de l'absorption par les lymphatiques utérins de l'agent infectieux qui modifie le système lymphatique dans sa vitalité, d'où inflammation lymphatique bénigne, et par suite dans ses fonctions de

résorption, d'où arrêt du processus de désassimilation utérine.

Telle est la conclusion par laquelle nous terminons cette longue discussion. A qui pensera pouvoir nous accuser d'exagération, nous rappellerons cette phrase prophétique de *Velpeau*, citée par *Lucas-Championnière* ;

On finira par trouver dans les lymphatiques profonds une des bases les plus vastes de la pathologie positive.

RÉSUMÉ DE LA SECONDE PARTIE.

I. — L'élément fièvre n'arrête pas le processus d'involution utérine.

II. — Ce n'est pas davanage l'arrêt d'involution qui cause la fièvre.

III. — La fièvre et l'arrêt concomitant dépendent d'une cause commune agissant à la fois sur l'état général et sur l'état local.

IV. — Ce n'est pas une subinvolution aiguë.

V. — C'est l'infection septique locale qui détermine la fièvre et une lymphangite utérine bénigne, donnant lieu à l'arrêt passager d'involution.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Involution normale.

- WIELAND, 1858. Thèse de Paris.
BÉHIER, 1864. Cl. méd. de la Pitié.
J. SCHNEIDER, 1868. Monatschr. für geburtsk. und Frauenk XXXI.
AUTEFAGE, 1869. Thèse de Paris.
PFANNKUCH, 1872. Arch. für gynæcologie.
DEPAUL, 1876. Cl. obst.
JACQUET, 1874. Annales de gynécologie.
SERDUKOFF, 1875. Édimb. med. journ.
CHENÊT, 1877. Thèse de Paris.
FAUQUEZ, 1879. Thèse de Paris.
AVRARD, 1880. Thèse de Paris. (Recherches de Sinclair et de Charpentier).
MILSOM, 1881. Thèse de Lyon.
BOUCHACOURT. Art couches du D^{re} de Dechambre.
L.-E. DUPUY. Perforation des parois utérines par l'hystéromètre. (Progrès médical 1873.)
M. DUNCAN. Researches in obstetrics. Édimbourg. 1874.

Lymphangite.

- TONNELÉ, 1829. Arch. gén. méd XXII. Sur la fièvre puerpérale observée à la Maternité.
BOTREL, 1845. Arch. de méd. 4^e série VII et VIII.
J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Thèse de Paris. 1870.
J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Mémoire sur les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. (1875, archives de tocologie.)
D'ESPINE. Thèse de Paris, 1873. Septicémie puerpérale.

E.-G. TILT. On lymphangitis in Pelvic pathology. — Soc. méd. Londres, 1874.

SIREDEY, 1873. Annales de gynécologie, 2.

FIOUPE. Thèse de Paris. 1876.

AUGER. Thèse de Paris. 1876.

RAYMOND. Thèse d'agrégation, Paris 1880.

Subinvolution.

S.-J. SIMPSON. Cl. obstétricale. Trad. Chantreuil, 1874.

SNOW-BECK. An. path. London obstétrical transaction XIII, 1851.

GAILLARD-THOMAS. Traduction LUTAUD, 1879. Traité clinique des maladies des femmes.

WEST. Trad Mauriac, 1870. Leçons sur les maladies des femmes.

Vu :

Le 20 juillet 1882.

Le Président de la thèse,

HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 21 juillet 1882.

Le Recteur,

MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION	5
Considérations sur les procédés de mensuration de l'utérus en involution	7
Plan du sujet	13
Causes d'erreur	15
§ I. Influence des réservoirs	15
§ II. Influence des déplacements de l'utérus	22
§ III. Influence de la forme de l'utérus	26
§ IV. Influence de l'inflammation des annexes	28
§ V. Autres causes d'erreur	29
 Première partie. — INVOLUTION NORMALE.	 31
2 types de retrait utérin normal	33
Modifications du retrait utérin sous l'influence des conditions physiologiques	35
CHAPITRE I. — Influence du nombre des grossesses	35
— II. — de l'allaitement	40
— III. — de la durée de la grossesse	44
— IV. — de la durée du travail	47
— V. — de l'état des lochies	50
— VI. — du seigle ergoté	53
— VII. — des tranchées utérines	57
Résumé de la première partie	59
 Deuxième partie. — RAPPORTS ENTRE LA FIÈVRE ET L'INVOLUTION UTÉRINE.	 61

Fièvre chez les accouchées.....	61
Plan de cette seconde partie.....	64
OBSERVATIONS. — § I. Premier groupe. Fièvre sans arrêt d'invo-	
lution.....	65
1 ^o Fièvre indépendante de l'état puerpéral.....	65
2 ^o Fièvre dépendant de l'état puerpéral....	74
Planches intercalées entre les pages.....	77
OBSERVATIONS. — § II. Second groupe. Fièvre avec arrêt d'invo-	
lution.....	77
1 ^o Fièvre septique.....	77
2 ^o Fièvre puerpérale.....	82
Discussion générale des observations.....	90
Hypothèse de la subinvolution aiguë.....	94
Hypothèse de la lymphangite utérine.....	97
Relation entre l'arrêt d'involution et la lymphangite utérine	
bénigne.....	101
Résumé de la seconde partie.....	106
Index bibliographique.....	107

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1^o CHIMIE. — Constatation chimico-légale des taches de sang.
- 2^o PHYSIQUE. — Effets des changements de pression atmosphérique sur l'homme et les animaux.
- 3^o HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Histoire de la Trichine.
- 4^o ANATOMIE. — Du 3^e ventricule du cerveau.
- 5^o HISTOLOGIE. — Moelle épinière.
- 6^o PHYSIOLOGIE. — Physiologie de la circulation cérébrale.
- 7^o PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De l'hypertrophie de la prostate.
- 8^o PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des causes du rétrécissement de la trachée et des bronches.
- 9^o ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du catarrhe vésical.
- 10^o MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Traitement de la syphilis primitive.
- 11^o MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Trépanation du crâne.
- 12^o ACCOUCHEMENTS. — Parallèle de la perforation du crâne et de la céphalotripsie, pour réduire le volume de la tête fœtale.
- 13^o HYGIÈNE. — Des émanations délétères des fosses d'aisances.
- 14^o MÉDECINE LÉGALE. Définition de la médecine légale. Division.

